



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas E da Saúde

Eliane Cristina Pereira Borges

Gestão das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Itapetininga

SOROCABA

2020

Eliane Cristina Pereira Borges

Gestão das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Itapetininga

Trabalho final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção título de MESTRE PROFISSIONAL em Educação nas Profissões de Saúde, sob orientação do Prof. Dr. Flávio Morgado.

SOROCABA

2020

B732 Borges, Eliane Cristina Pereira
Gestão das Unidades de Saúde de Atenção Básica em
Itapetininga. / Eliane Cristina Pereira Borges. -- Sorocaba, SP,
2020.

Orientador: Flávio Morgado.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de
Ciências Médicas e da Saúde.

1. Gestão em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3.
Enfermagem em Saúde Pública. 4. Desenvolvimento de
Pessoal. I. Morgado, Flávio. II. Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III.
Título.

DEDICATÓRIA

À minha família, pelo amor, dedicação e ensinamentos desprendidos, por acreditarem na minha capacidade, apoiarem minhas decisões e me orientarem em momentos difíceis.

Às pessoas com quem convivi durante a trajetória do Mestrado, pois a experiência compartilhada permite a troca de saberes e experiência, tornando a formação acadêmica um processo evolutivo enquanto ser humano e profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus pelo dom da vida, por trilhar meu caminho e por me permitir conquistar meus objetivos.

A minha família por toda dedicação e paciência contribuindo diretamente para que eu pudesse ter um caminho mais fácil e prazeroso durante esses anos, em especial ao meu esposo Nivaldo Alves Fogaça.

Ao Prof. Dr. Flávio Morgado pelo incentivo e orientação para o desenvolvimento deste trabalho.

A todos que fizeram parte dessa conquista e contribuíram para a realização dos meus objetivos.

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo.”
(Paulo Freire, 1979)

RESUMO

Borges ECP. Gestão das unidades de saúde de atenção básica em Itapetininga.

O Sistema Público de Saúde brasileiro passou por diversas transformações ao longo dos anos, sendo necessário o desenvolvimento de estudos sobre modelos e ferramentas de gestão, com o objetivo de qualificar os gestores para enfrentar os problemas e desafios inerentes à assistência à saúde. O objetivo do presente estudo foi realizar o diagnóstico dos modelos e ferramentas de gestão presentes nas Unidades de Atenção Básica de Saúde na cidade de Itapetininga e propor intervenções. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva utilizando o grupo focal para coleta de dados. O grupo focal foi composto por 10 coordenadores, sendo possível destacar a aplicação de três modelos de gestão: Redes de Atenção à Saúde, gestão de pessoas e gestão da qualidade; e dezoito ferramentas de gestão, sendo as mais utilizadas o sistema de envolvimento de funcionários, *Balanced ScoreCard*, Diagrama de Ishikawa e Gestão da Qualidade Total. Realizou-se, junto à Secretaria de Saúde de Itapetininga, a revisão do Manual Gerencial das Unidades Básicas de Saúde e uma oficina com toda a equipe de enfermagem, a qual, por meio de dinâmicas, provocou a reflexão sobre aspectos de planejamento, organização, liderança e controle. Há a necessidade de desenvolvimento de novas ações, visando a divulgação dos modelos e ferramentas de gestão disponíveis.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Desenvolvimento de Pessoal.

ABSTRACT

Borges ECP. Management of basic health care units in Itapetininga

The Brazilian Public Health System has undergone several transformations over the years, requiring the development of studies on models and management tools, with the aim of qualifying managers to face the problems and challenges inherent to health care. The objective of the present study was to diagnose the management models present in the Primary Health Care Units in the city of Itapetininga and to propose interventions, associated with identifying whether the coordinators use the management models / tools recommended in the literature and their impacts. It is a qualitative, exploratory and descriptive research using the focus group for data collection. The focus group was composed of 10 coordinators, and it was possible to highlight the application of three management models: Health Care Networks, people management and quality management; and eighteen management tools, the most used being the employee involvement system, Balanced ScoreCard, Ishikawa Diagram and Total Quality Management. A revision of the Management Manual for Basic Health Units and a workshop with the entire nursing team was carried out with the Itapetininga Health's Secretary, which, through dynamics, provoked reflection on aspects of planning, organization, leadership and control. There is a need to develop new actions, aiming to disseminate the models and management tools available.

Keywords: Health Management. Nursing. Unified Health System. Professional qualification.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição do processo administrativo	20
Quadro 2 - Princípios de gestão de qualidade.....	22
Quadro 3 - Ferramentas de gestão comumente utilizadas conforme processo gerencial.....	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise SWOT	36
Figura 2 - Ciclo PDCA	37
Figura 3 - Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe).....	38
Figura 4 - Diagrama de Pareto	39
Figura 5 - Histograma	40
Figura 6 - Níveis de atenção em saúde.	52

LISTA DE ABREVIATURAS

CIB	Comissões Intergestores Bipartites.
CIT	Comissões Intergestores Tripartite.
CRM	Customer relationship management.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
GQT	Gestão de qualidade total.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
OSS	Organizações Sociais de Saúde.
PDCA	Planejar, desenvolver/executar, checar e atuar.
PSF	Programa Saúde da Família.
RAS	Rede de atenção à saúde.
SIMOB	Sistema de Monitoramento de Obras.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SWOT	<i>Strengths</i> (forças), <i>Weaknesses</i> (fraquezas), <i>Opportunities</i> (oportunidades) e <i>Threats</i> (ameaças).
TQM	Total quality management.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UOM	Unidade Odontológica Móveis.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
UPA	Unidade de pronto atendimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 Modelos Contemporâneos de Gestão em Saúde	19
3.1.1 Gestão da Qualidade Total.....	20
3.1.2 Gestão Estratégica	22
3.1.3 Gestão Participativa - Cogestão.....	24
3.1.4 Rede de Atenção à Saúde - RAS.....	25
3.2 Atenção Básica de Saúde e suas Definições	26
3.2.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)	28
3.2.2 Programa Saúde da Família (PSF)	29
3.3 Portaria Nº 340 de 4 de março de 2013	30
3.4 Gestão do Enfermeiro na Unidade de Saúde	31
3.5 Ferramentas de Gestão	34
3.5.1 Análise SWOT	35
3.5.2 Ciclo PDCA	36
3.5.3 Diagrama de Ishikawa/Diagrama de causa e efeito	37
3.5.4 Diagrama de Pareto	38
3.5.5 Histograma	40
3.5.6 Análise avançada (<i>Advanced Analytics</i>).....	41
3.5.7 Indicadores balanceados (Balanced Scorecard)	41
3.5.8 Avaliação comparativa (Benchmarking)	42
3.5.9 Reengenharia de processos de negócio (Business Process Reengineering).....	43
3.5.10 Programa de gestão de mudanças (Change Management Programs)	44
3.5.11 Competências essenciais (Core Competencies).....	44
3.5.12 Gestão do relacionamento com o cliente (Customer Relationship Management)	45
3.5.13 Sistema de envolvimento de funcionários (Employee Engagement Surveys).....	46
3.5.14 Declaração de missão e valores (Mission and Vision Statements)	46
3.5.15 Cenário e planejamento contingencial (Scenario e Contingency Planning)	47

3.5.16 Planejamento estratégico (Strategic Planning).....	48
3.5.17 Gerenciamento de cadeia de suprimentos (Supply Chain Management).....	48
3.5.18 Gestão de qualidade total (Total Quality Management)	49
3.5.19 Orçamento base zero (Zero Based Budgeting)	49
3.5.20 Matriciamento	50
3.5.21 Níveis de Atenção em Saúde	51
3.5.22 Regulação	52
3.5.23 Administração direta X Organizações Sociais de Saúde (OSS).....	54
4 ARTIGO.....	55
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE..	76
APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL	79
APÊNDICE C - Questões norteadoras do grupo focal	81
APÊNDICE D - Transcrição do conteúdo do grupo focal.....	83

1 INTRODUÇÃO

A sociedade atual é composta por organizações que são responsáveis pela produção de produtos/bens de consumo ou realizam a prestação de serviços, atividades estas desenvolvidas utilizando recursos humanos, físicos, materiais, financeiros, tecnológicos e mercadológicos, por meio de ações planejadas, coordenadas e dirigidas, sendo responsáveis pela execução e finalização de um processo.¹

Gestão é o ato de administrar, dirigir, cuidar, executar e praticar, em contrapartida, organização é definida como um grupo de pessoas que convivem e relacionam-se em um determinado ambiente e associam seus esforços e recursos para alcançar um objetivo comum. Unindo os dois conceitos, identificou-se, durante a revolução industrial, a necessidade de organização das comunidades e estabelecimentos, de modo que, os indivíduos buscassem solucionar os problemas existentes, surgindo assim os primeiros traços da ciência da administração.²

A administração é responsável pelo planejamento, estruturação, direção e controle de ações, sendo essencial para a existência de uma organização, portanto, torna-se imprescindível para a criação, sobrevivência e crescimento de uma empresa.

1

Quando se propõe a discutir os diferentes modelos de gestão que ocorrem tanto no setor público quanto no privado, chega-se à conclusão de que ainda resistem os modelos marcados pelo tradicionalismo e pelo conservadorismo, definindo estruturas de gestão hierarquizadas, rígidas e centralizadas.³

Tratando-se de um ambiente profissional de saúde, é necessário observar que ela perpassa diferentes campos: sua organização, interesses e articulações presentes no cotidiano. Portanto, a gestão em saúde não se limita apenas à rede de saúde, mas também na organização de cada unidade de acordo com o contexto social em que ela se insere.⁴

Com isso, práticas de gestão que atendam às diferentes demandas que se apresentam em unidades básicas de saúde é o caminho para se proporcionar o direito à saúde para a população de forma mais humana e eficiente.²

O administrador/gestor possui conhecimentos tecnológicos que direcionam o gerenciamento de uma organização, porém, outras características e qualidades

contribuem para a obtenção de resultados, tais como: atitudes, conhecimentos, habilidades, competências, personalidade e filosofia de trabalho, de modo que, não existe uma única maneira de gerenciar e conduzir o trabalho. ¹

Destaca-se que 70% dos gestores são centrados em tarefas, 23% em pessoas e apenas 7% em tarefas e pessoas, de modo que, os gestores mais eficazes despendem grande parte do seu tempo administrando pessoas e assuntos relacionados a elas, tornando o investimento no capital humano o principal método para atingir resultados eficazes. ³

Para o desenvolvimento de uma instituição de saúde a atuação do gestor no âmbito da motivação, resolutividade, tomada de decisão e determinação é um fator que sobrepõem até mesmo a relação entre tecnologia, mercado financeiro e investimentos. ⁵

O sucesso de um gestor depende do seu desempenho e da habilidade em lidar com pessoas e situações divergentes, portanto, deve ser capaz de transformar seus conhecimentos e habilidades (técnicas, humanas e conceituais) em ação e transformação das pessoas, visando influenciá-las para alcançar o desempenho desejado. ¹

O perfil do gestor deve compreender seu tempo de experiência, nível de escolaridade, visão estratégica, conhecimento em ferramentas de gestão, gerenciamento de recursos humanos, entendimento sobre o perfil da instituição a ser administrada. Evidencia-se que fatores como falta de capacitação, ausência de desenvolvimento do planejamento estratégico, falta de conhecimento no mercado, inexistência de marketing e propaganda e déficit de mão de obra qualificada contribuem para a ineficácia de uma gestão. ⁵

A principal falha encontrada na gestão de serviços públicos é a centralização, sendo a demora nos processos decisórios, ausência de transferência de poder, não compartilhamento de informações com as chefias intermediárias e executores, falta de planejamento envolvendo fatores internos e externos do ambiente gerido e ausência de plano de carreira. ³

Observa-se que, atualmente, ainda prevalecem os problemas da burocracia, contribuindo para o prejuízo do desenvolvimento das organizações públicas de saúde, prevalecendo à ausência de autonomia e o modelo de gestão centralizado. ⁴

Os serviços de saúde, visando organização e desenvolvimento, incorporaram as tendências administrativas dos modelos de gestão inicialmente implementados nas

indústrias, dessa maneira, ferramentas gerenciais foram implementadas, dentre elas: gestão do conhecimento, informação, competências, liderança e coach, sendo o profissional enfermeiro o responsável pela gestão da assistência de enfermagem e implementação desses processos. ⁶

Nesse sentido, o enfermeiro se destaca como o profissional que exerce, entre suas práticas, ações assistenciais, educativas e administrativas, portanto, analisar e questionar as ações de enfermeiros-gestores nas unidades básicas de saúde é um esforço acadêmico necessário e importante para se implantar práticas de gestão eficazes e justas na Saúde Pública. ⁷

Diante da necessidade de padronização da gestão do enfermeiro coordenador nas unidades básicas de saúde do município de Itapetininga, a questão que orienta o desenvolvimento da pesquisa é: como ocorrem as atividades de gestão do enfermeiro coordenador nas Unidades de Saúde de Itapetininga?

A trajetória profissional entre assistência, educação e gestão motivou o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista a observação de diversos modelos de gestão no qual o questionamento era identificar qual a estratégia mais eficiente e eficaz para obtenção de resultados e desenvolvimento de todos os profissionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Realizar um diagnóstico dos modelos de gestão presentes nas Unidades de Saúde de Atenção Básica em Itapetininga;
- Propor intervenções na gestão das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Itapetininga

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar se os coordenadores (as) utilizam modelos/ferramentas de gestão recomendadas na literatura;
- Verificar os impactos das intervenções das Unidades de Saúde de Atenção Básica em Itapetininga.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Modelos Contemporâneos de Gestão em Saúde

A terminologia gestão apresenta diversas opiniões de estudiosos, visando discussão de modelos, instrumentos, técnicas, perfil, práticas, escolhas, tomada de decisão, coordenação, objetivos, metas e motivação, para desenvolvimento e administração de uma instituição. ^{5,8}

Modelo de gestão é caracterizado como um conjunto de normas, princípios e técnicas que direcionam o funcionamento de uma organização, permitindo aos gestores e administradores conduzir o desenvolvimento e crescimento de uma empresa. ⁵

Os modelos de gestão visam orientar os gestores para escolha dos melhores métodos e alternativas para administrar uma empresa ^{8,9}, caracterizando-se como um “conjunto de conceitos e práticas que, orientadas por uma filosofia central, permitem a uma organização operacionalizar todas as suas atividades, seja no seu âmbito interno como externo”. ¹⁰

Dados históricos evidenciam que, com o surgimento das fábricas, acompanhou o desperdício, perdas e baixo rendimento da mão-de-obra e dos equipamentos, em contrapartida, a concorrência se intensificava, associando percepções como desorganização, produtividade, eficiência e insatisfação; diante do cenário vivenciado, surgiram os primeiros modelos de gestão. ⁹

[...]. Nas últimas décadas as organizações, tanto privadas como públicas, passaram a se conscientizar da importância da revisão dos seus modelos de gestão: no caso das empresas privadas, a motivação era a sua sobrevivência e competitividade no mercado. Já nas empresas públicas, tal motivação era a capacidade de cumprir sua missão, ou seja, atender com qualidade a prestação de serviços de interesse da sociedade. Neste sentido podemos observar que, para atender esses objetivos, os novos modelos de gestão devem ter como pressupostos a forte orientação para o cliente - não buscando somente atender as suas necessidades, mas também as suas expectativas -, o foco no resultado e o estilo mais participativo na gestão com estruturas mais horizontalizadas e o trabalho em rede, possibilitando uma visão sistêmica da organização. ⁸

Independente do modelo de gestão identifica-se a aplicação das etapas planejar, organizar, dirigir e controlar, conhecido como processo administrativo (Quadro 1). ⁹

Quadro 1 - Descrição do processo administrativo

PROCESSO	DESCRIÇÃO
Planejamento	É o processo de definir objetivos, atividades e recursos.
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	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: Stadler e Paixão (2012).⁹

Observa-se que não há um modelo de gestão ideal, pois para a eficiência administrativa deve-se levar em consideração a cultura organizacional, incluindo história, missão, visão e valores, ou seja, cada organização é única e seu diferencial deve ser analisado durante a escolha de um modelo de gestão.⁸

Voltando-se às organizações de saúde, nota-se que a gestão se torna uma tarefa de grande complexidade, pois possui grande variedade de tecnologia e é composta por diversos profissionais que detêm autonomia desigual e atribuições diferentes.⁸ Portanto, segue a descrição de alguns modelos de gestão aplicados em instituições de saúde:

3.1.1 Gestão da Qualidade Total

A terminologia qualidade do serviço surgiu nas indústrias japonesas por meio do conceito de Gestão de Qualidade Total (GQT), porém, o foco era na produção e não nos indivíduos envolvidos no processo, essa realidade começa a ter novos rumos após a Revolução Industrial, verificando a necessidade de análise dos processos e educação dos trabalhadores; todavia, a ideia de qualidade surgiu após a Segunda Guerra Mundial.¹¹

Os conceitos sobre qualidade em serviços de saúde começaram a ser descritos em 1960 por Avedis Donabedian, analisando três elementos para garantia da

qualidade assistencial, sendo: estrutura, processo e resultado; a tríade de Donabedian contribuiu para a ampliação do conceito, tornando-se base para a criação dos sete pilares da qualidade: eficácia, eficiência, efetividade, adequação/otimização, conformidade/aceitabilidade, legitimidade e equidade. ⁸

Durante as décadas de 80 e 90 o conceito de qualidade começou a ser mencionado, trazendo consigo a competitividade, eficiência, eficácia, sustentabilidade e altos índices de desempenho, tais características buscavam reestruturação, inovação, práticas focadas em objetivos pré-estabelecidos, trazendo consigo a necessidade de visão sistêmica dos processos, transformação dos indivíduos, inovação, criatividade, produtividade e valorização dos talentos humanos. ^{11,12}

No Brasil, o investimento em qualidade iniciou-se em 1980 por meio das normas ISO 9000 e, por meio do Ministério da Saúde, em 1992 a elaboração e implementação do projeto Garantia da Qualidade em Saúde com o Banco Mundial, enfatizando o investimento em rede de informações, desenvolvimento gerencial, regulação e controle de tecnologias em saúde. ⁸

A Gestão da Qualidade é uma gestão científica, baseada na análise de fatos e direcionada para correção e prevenção de erros, garantindo a satisfação do cliente; no mundo contemporâneo, assume duas abordagens, uma voltada para a produtividade outra voltada para melhoria da assistência ao cliente, porém sempre focada na qualidade das ações desempenhadas, continuidade da informação e estruturação dos processos de trabalho. ¹²

“A gestão de qualidade tem como princípio a filosofia orientada para a satisfação do usuário, na busca de motivação, no envolvimento dos profissionais e de todos os colaboradores e na integração e inter-relação nos processos de trabalho.” ¹¹

Os oito princípios que norteiam a Gestão da Qualidade, conforme Bonato¹² são representados por meio do Quadro 2, salientando que esses princípios visam assistir o cliente dentro de suas necessidades, promovendo saúde e controle de prejuízos financeiros.

A metodologia da Gestão da Qualidade é a acreditação, considerado um procedimento da avaliação que tende a garantir a qualidade da assistência com base de padrões estabelecidos por organizações certificadoras, visando segurança para os pacientes e profissionais, qualidade assistencial e instrumento de gerenciamento. ¹²

Na acreditação, não se avaliam setores ou departamentos isoladamente, mas todos os serviços da organização. Um programa de acreditação hospitalar deve ter efetiva responsabilidade em medir o desempenho, em promover melhorias de qualidade facilitando estímulos externos e o necessário esforço interno, e deve ter também genuína responsabilidade perante os usuários/consumidores.¹²

A Gestão da Qualidade enquadra-se aos objetivos do mercado de saúde atual, considerando-se a implementação de novas tecnologias, associada à redução de custos e satisfação do cliente.¹¹

Quadro 2 - Princípios de gestão de qualidade.

Princípio	Descrição
Foco no cliente	Entender as necessidades presentes e futuras do cliente; atender aos requisitos do cliente; exceder as expectativas do cliente.
Liderança	Manter a unidade de propósito e direção; manter um bom ambiente interno da organização; liderar pelo exemplo.
Envolvimento das pessoas	Criar um ambiente de motivação; proporcionar a participação; aproveitar e valorizar o talento e as aptidões.
Abordagem de processo	Gerenciar as atividades e recursos pertinentes como um processo, para garantir com maior eficiência o alcance dos resultados desejados.
Abordagem sistêmica de gestão	Identificar, entender e gerenciar os processos inter-relacionados, visando a eficiência da organização.
Melhoria contínua	Buscar a melhoria com objetivo permanente.
Enfoque factual para tomada de decisão	Tomar decisão eficaz baseada na análise de dados e informações.
Relacionamento com os fornecedores para benefício mútuo	Estabelecer a base para criação de valor para as partes baseada no relacionamento ganha-ganha.

Fonte: Adaptado de Bonato (2011).¹²

3.1.2 Gestão Estratégica

A gestão da saúde no Brasil vem passando por diversas transformações no decorrer dos últimos anos. Após a implementação das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, identificou-se a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, tornando-se importante a implantação de novas metodologias de gestão e de trabalho em decorrência das transformações e novas exigências.¹³

Em tempos de mudanças, a sobrevivência e a sustentabilidade dos serviços de saúde requerem a prática da gestão estratégica, ou seja, compete à organização

identificar os pontos para desenvolvimento junto ao ambiente que está inserido, pois essa interação permite influências e transformações, gerando estratégias ou adequação das estratégias já aplicadas. ¹⁴

O Planejamento Estratégico para gestão da saúde foi inserido a partir de 1980 por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando a mudança política e gerencial em decorrência da melhoria na prestação de serviços na sua integralidade, em virtude das intervenções não coordenadas e pouco eficazes existentes na época. ¹³

A gestão estratégica engloba as avaliações para diagnóstico de problemas, estruturação de planejamento, formulação de objetivos a serem alcançados, escolha de estratégias para o alcance das metas e desafios, etapas de implementação, delegação de responsabilidades entre os envolvidos, acompanhamento da implementação e revisão do processo, desse modo, a gestão estratégica caracteriza-se como um processo sistemático, planejado, gerenciado, executado e que requer acompanhamento. ⁸

O Planejamento Estratégico de uma organização está relacionado ao processo de desenvolver e construir estratégia e administrar a instituição de acordo com as decisões e os objetivos estabelecidos a médio e a longo prazo. ¹³ As seis etapas que compõem o processo de gestão estratégica são: análise, formulação, implantação, controle, retroalimentação e aprendizagem. ⁸

O Planejamento Estratégico permite que a gestão seja eficaz por quatro razões, o dá direção, reduz o impacto da mudança, minimiza o desperdício e a redundância e fixa os padrões para facilitar o controle, permitindo a identificação de problemas antes que eles ocorram, interesse dos administradores pela organização, alerta a organização para mudanças, fornece uma estrutura para revisão dos planos e atividades de uma instituição, cria uma estrutura para a comunicação interna e permite priorizar as prioridades do cronograma de ações. ¹³

As desvantagens do Planejamento Estratégico são: rigidez, dificuldade de mudança em um ambiente turbulento, substituição da criatividade, baixa motivação dos funcionários para atingir as metas organizacionais e preocupação das organizações bem-sucedidas a preocuparem-se com os fatores responsáveis por seu sucesso. ¹³

Os gestores do serviço de saúde precisam praticar a gestão estratégica compreendendo e assimilando as condições de mercado que estão inseridos, analisando concorrência e demanda, para que, por meio dessa análise, escolha estratégias fundamentadas e embasadas no desenvolvimento, portanto, o sucesso depende da previsão de tendências e da capacidade de mover-se mais rapidamente que a concorrência.¹⁴

3.1.3 Gestão Participativa - Cogestão

As discussões de formas alternativas de gestão, como gestão participativa, autogestão e cogestão, foram iniciadas na década de 80, mas esquecidas por serem consideradas apenas como modismo, porém, nas últimas duas décadas, em virtude dos avanços tecnológicos, capitalistas e globalização, a temática foi retomada, visando um ciclo democrático, fortalecendo a descentralização, regionalização e cooperação entre todas as esferas do SUS.¹⁵

A participação social é um dos princípios do SUS, visando a democratização da gestão da saúde, participação está enfatizada por meio da lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, compostos por profissionais e gestores da saúde, além de usuários do SUS.¹⁶

A gestão participativa/cogestão é um modelo administrativo que inclui o pensar e o fazer coletivo, buscando a democratização das relações entre as equipes responsáveis pelo cuidado em saúde, tornando-se um instrumento de mudança nos modos de gestão e prática assistencial, visando um atendimento eficaz, efetivo e motivador.¹⁶

A gestão participativa inclui a participação de novos membros no processo de gestão, tornando-se a aplicação da administração sem separação entre quem planeja, executa, gere e avalia.⁸

Cogestão significa a inclusão de novos membros nos processos administrativos, incluindo novos indivíduos para análise de problemas e tomada de decisão, ou seja, a gestão passa a ser realizada por um conjunto mais ampliado de sujeitos, portanto, todos se tornam gestores do seu próprio trabalho. Dessa maneira,

a inclusão do prefixo “co” é responsável pela inclusão de novas ações, sendo novas funções e novos gestores.¹⁶

Com os princípios da cogestão a administração assume como tarefa a análise da instituição e produção de analisadores sociais, formulação de projetos, espaço de criação, tomada de decisão e espaço pedagógico, de modo que, com a inclusão de novos sujeitos compartilham-se as responsabilidades, com produção coletiva.¹⁶

No SUS, a implementação de uma gestão participativa iniciou-se com a criação das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB), visando superar a fragmentação da gestão e ampliar a descentralização.^{15,16} Atualmente foram criados Colegiados de Gestão Regionais e Plenários Regionais de Conselhos de Saúde, buscando consolidar o processo de gestão compartilhada das redes regionalizadas de serviços de saúde.¹⁵

Observa-se que a participação social e dos profissionais de saúde ainda é restrita, devido à complexidade burocrática dos processos e gestão centralizada, dificultando a oferta de tratamento de qualidade e interface no processo de trabalho das equipes multiprofissionais. Todavia, esta visão deve ser alterada, buscando a valorização e incentivo da participação da comunidade nos processos de gestão.¹⁶

3.1.4 Rede de Atenção à Saúde - RAS

A implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se deu como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, por meio de discussões dos gestores do SUS, e institucionalizada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, visando a organização de ações e serviços de saúde, buscando o fortalecimento do cuidado integral por meio de implementação de tecnologia, logística e gestão, garantindo a implementação eficaz e eficiente das propostas do SUS.^{8,17,18}

As Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.⁸

A RAS representa a organização de ações e serviços de saúde, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, fornecem um cuidado integral à população. Todavia, a RAS só se torna efetiva se a Atenção Primária à

Saúde estiver organizada e coordenada, permitindo que a população tenha acesso à saúde conforme os princípios doutrinários do SUS. ¹⁸

Dentre as principais características das RAS encontra-se o cuidado centrado nas necessidades da população, atenção contínua, assistência integral e implementação de resultados sanitários e econômicos. Para a implementação dessas características é necessário a observação e definição clara da população e territórios a serem atendidos, análise e tabulação de diagnósticos, adequação logística às necessidades encontradas e investimento na capacitação profissional. ¹⁷

A RAS é constituída de três elementos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde, baseado nos conjuntos de serviços, para oferta de atenção contínua e integral da população a ser assistida. ¹⁸ Com base na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a RAS é composta pela Rede Cegonha, Rede de Atenção à Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.¹⁷

As redes apresentadas acima englobam a atuação em:

Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia. Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações Inter setoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência. • Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação. ¹⁷

Observa-se que existem inúmeras evidências que os sistemas fragmentados, baseados em oferta, não dão resposta às necessidades de saúde da população, portanto, implantação efetiva das RAS significa introduzir novas práticas, novos instrumentos de gestão, de forma integrada, eficiente e efetiva. ¹⁸

3.2 Atenção Básica de Saúde e suas Definições

Os termos atenção primária/atenção básica datam de 1920, por meio do chamado Relatório Dawson, que procurou substituir o modelo curativo de assistência para o modelo de atenção individual, iniciando a hierarquização dos níveis de atenção à saúde, ou seja, os problemas de saúde eram direcionados aos centros de saúde primários e serviços domiciliares, casos que não pudessem ser solucionados por esses serviços, eram encaminhados aos centros de atenção secundária, que possuíam outros médicos especialistas e recursos. ¹⁹

A implementação do SUS, a partir da década de 1990, redefiniu a estrutura e organização dos serviços de saúde no país, de modo que, financiado com recursos fiscais buscou colocar em prática as diretrizes estabelecidas, porém, na segunda metade da década de 90 caminhou para o fortalecimento da atenção básica em saúde.

20

A principal estratégia do SUS para operacionalizar a atenção integral à população ocorre por meio da atenção básica à saúde, que se caracteriza por uma rede voltada para a produção de serviços em busca de soluções para os problemas de saúde. ²¹

A atenção básica corresponde à porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde, realizando um atendimento descentralizado das outras esferas de cuidado, evidenciando a universalidade, acessibilidade, vínculo com a comunidade, humanização, participação social e integralidade da atenção à saúde. ²²

A atenção básica em saúde correspondente ao primeiro nível de acesso à saúde, que visa à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e reabilitação. ²⁰

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

22

A atenção básica pode ser desenvolvida por meio do trabalho realizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. ²³

O exercício do cuidado e gestão da atenção básica é realizado por meio da análise territorial da população a ser assistida, ou seja, assume responsabilidade

sanitária em busca de soluções e melhorias frente aos agravos e problemas de saúde pública encontrados na comunidade em abrangência. ²²

Desta maneira, a atenção básica visa o cuidado com a saúde, utiliza tecnologias variadas, que devem observar a amplitude do território, critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e ética, diante da demanda de atendimento e problemas encontrados, todavia, observa-se que a atenção básica é desenvolvida muito próxima a população, com contato direto com a comunidade, desse modo, a atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização conforme preconizado pelo SUS. ²⁴

3.2.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)

O serviço de atenção primária em saúde é constituído pelas unidades básicas de saúde (UBS), que visam promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de agravos e danos à saúde, objetivando um atendimento integral a toda população e comunidade, tornando-se o primeiro contato e a porta de entrada para toda rede de atenção à saúde. ²³

Para o funcionamento de uma unidade básica de saúde, primeiramente, devem possuir cadastro nacional vigente e contemplar infraestrutura adequada para um bom atendimento, dentre elas: área de recepção, consultório médico/enfermagem; consultório odontológico, sala de acolhimento, sala de procedimentos, sala de vacinas, sala de inalação, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, área de armazenagem e dispensação de medicamentos, sala de administração e gerência, sala de atividades coletivas. ²²

As UBS são classificadas em quatro portes: **I** – abriga, no mínimo, uma equipe de Saúde da Família; **II** – abriga, no mínimo, duas equipes de Saúde da Família; **III** – abriga, no mínimo, três equipes de Saúde da Família; **IV** – abriga, no mínimo, quatro equipes de Saúde da Família. ²³

3.2.2 Programa Saúde da Família (PSF)

A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, caracterizando-se como um marco na implementação da atenção primária no Brasil. Inicialmente, buscava ampliar a cobertura assistencial em área de maior risco, porém, gradativamente, conseguiu destaque nas ações e centralidade na agenda do governo, portanto, desde 1999, é considerado pelo Ministério da Saúde como pilar estrutural dos sistemas municipais de saúde, favorecendo o primeiro contato com a família, abrangência do cuidado, coordenação da comunidade.²⁰

No Brasil, o PSF iniciou-se por meio da parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. A estratégia, implementada em 1994, evidenciava que a oferta de serviços de saúde preventivos resultava em melhorias importantes nas condições de saúde da população e da comunidade.²⁵

O PSF vem sendo implantando como significativa estratégia para reordenação da saúde, priorizando as ações de forma integral e continuada com objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, família e comunidade.²⁶

Destaca-se que a estratégia saúde da família surgiu com o objetivo de alterar o modelo de saúde existente, modelo até então centrado na doença, no médico e no hospital, portanto, o intuito era estimular a visão preventiva, até então depreciada pelo modelo curativo.²⁵

O PSF é constituído pelo trabalho de uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde que, exerce suas atividades conforme abrangência territorial, descrição da população a ser assistida e acompanhamento. Esta equipe é primordial para estimular a população a entender que o PSF é a porta de entrada para o sistema de saúde local, compreendendo o primeiro nível de atenção à saúde.²⁰

Cada estratégia de saúde da família (ESF) deve ser responsável por entre 600 a 1000 famílias, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição e, um profissional da saúde poderá atuar em apenas um ESF, exceção apenas médicos, respeitando-se às 40 horas semanais preconizadas.²⁷

Em 2004, a cobertura do PSF em território nacional correspondia a 84% dos municípios brasileiros com mais de 20 mil equipes em atuação. Porém, observam-se discrepâncias nessa implementação, ou seja, municípios de pequeno porte

avançaram nesse aspecto, enquanto nos grandes centros urbanos e metrópoles, a implantação foi lenta, devido à concentração demográfica e agravos mais complexos.

20

Após uma década da implementação da Estratégia de Saúde da Família, identificou-se uma cobertura de 56,41% da população brasileira por meio do trabalho de 34.702 equipes, atendendo um total de 109.429.035 milhões de indivíduos. Comparando os dados com o ano de 2004, observa-se o aumento de 9.360.374 milhões a mais de brasileiros cobertos.¹³

Outros dados apontam que em 2010 contava-se com 30.300 equipes, atendendo 5.000 municípios e 96 milhões de habitantes, contribuindo para a redução da mortalidade infantil, ampliação de consultas de pré-natal, diminuição da desnutrição e ampliação da vacinação.²⁸

O processo de trabalho do PSF consiste da identificação das características do território, elaboração de diagnósticos, programação e implementação de atividades; a elaboração das ações deve focar a família e o indivíduo, envolvendo a equipe interdisciplinar, visando à valorização de todas as práticas; todavia, exige acompanhamento e avaliação das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.²⁷

3.3 Portaria Nº 340 de 4 de março de 2013

A saúde no Brasil, por meio de programas do Ministério da Saúde, vem apresentando estratégias relevantes para o desenvolvimento da atenção básica, dentre elas o Programa de Requalificação de UBS que compreende a construção, reforma e ampliação das unidades básicas de saúde.²⁵

Em 2011 foi implantado o programa Requalifica UBS, uma estratégia do Ministério da Saúde visando o fortalecimento da Atenção Básica, cujo objetivo era criar incentivos financeiros para reforma, ampliação e construção de UBS, buscando adequação de estrutura física que promova qualidade na assistência e condições adequadas de trabalho.²⁹

A portaria nº 340 de 4 de março de 2013 redefine um componente de construção do programa de requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, estabelece e permite o repasse financeiro para a construção de unidades

básicas de saúde promovendo estrutura adequada para desenvolvimento do trabalho das equipes de atenção básica.³⁰

Com a implementação da portaria, foram estabelecidos quatro portes de UBS, sendo, em função da quantidade de equipes de Atenção Básicas de Saúde.³⁰

Desde 2011, quando o programa Requalifica – UBS foi instituído, verificaram-se que 3.882 municípios foram contemplados com 10.042 construções, 3.182 municípios receberam 8.482 ampliações das UBS e 2.882 municípios receberam 8.334 reformas, além de 64 propostas para construção de UBS fluviais.¹⁷

Desde 2012, a adesão e acompanhamento das obras são realizados pelo Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), ferramenta que permite ao gestor fornecer informações sobre as etapas da obra, garantindo continuidade dos repasses financeiros fornecidos pelo Ministério da Saúde, desta maneira o crescimento do programa passou a ser dependente da fiscalização de órgãos governamentais e administração dos gestores da saúde.^{17,25,29}

Dados estatísticos evidenciam que, financeiramente, foram destinados 1,02 bilhão para construção, 397,1 milhões para ampliação e 471,7 milhões para reforma.¹⁷

3.4 Gestão do Enfermeiro na Unidade de Saúde

A administração dos serviços de saúde tem por objetivo gerenciar as relações interpessoais, evitando conflitos e objetivando a qualidade do serviço prestado ao cliente, contexto observado tanto na área pública quanto privada.³¹

A gestão do SUS, nos três níveis de governo, destaca os desafios encontrados pelos gestores em identificar e selecionar conhecimentos, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que direcionem as tomadas de decisões e a condução do processo de implementação de políticas, planos, programas e ações de saúde sob sua responsabilidade.²⁸

Historicamente, na década de 40, a formação das enfermeiras apresentava dificuldades em focar os aspectos administrativos, portanto, com base nas teorias americanas, os primeiros modelos de gestão tinham por percepção o trabalhador como um objeto que não possuía inteligência, criatividade ou intuição, portanto, os objetivos a serem atingidos eram o aumento da produtividade, melhoria nos cuidados, aperfeiçoamento do trabalho exercido e eficiência das organizações.³¹

No período mencionado acima, surgiu a definição de administração em enfermagem, proporcionando a esses profissionais a busca por informação e conhecimentos da administração e transposição para a área da saúde, buscando formar líderes, empenhados, dinâmico, eficiente e focado na obtenção de resultados.

32

Nas instituições de saúde, o serviço de enfermagem destaca-se pelo quantitativo de profissionais, hierarquização das categorias de trabalho e sólida definição de atribuições, competências e responsabilidades.³¹

Observa-se que a graduação em enfermagem prepara o enfermeiro para a realização das funções assistenciais, educacionais e gerenciais⁷, todavia, as competências gerenciais são desenvolvidas por meio dos anos em exercício da profissão e nota-se que a gestão de conflitos tende a acontecer, pois o ser humano, por sua própria essência apresenta resistência à mudança de rotinas e paradigmas.

31

A Enfermagem, em sua trajetória histórica, enfrentou grandes desafios. Muitas vezes as condições de trabalho eram desfavoráveis, pois as enfermeiras não tinham total aptidão para o desenvolvimento de administrar e gerenciar, pois eram recém-formadas e entravam no mercado de trabalho sem nenhuma experiência de como fazê-lo e de como lidar com as dificuldades a serem enfrentadas, mas já eram designadas para funções de mando cada vez mais complexas.³²

Diante dos problemas inerentes às relações interpessoais, deve-se destacar que a postura do enfermeiro não deve ser de autoridade e sim de líder, fornecendo apoio aos profissionais, visando à motivação da equipe e valorização do trabalho, conquistando, em contrapartida, a confiança da equipe e a possibilidade de mudança cultural e de ideias.³¹

As mudanças tecnológicas aumentaram a necessidade de que gestores fossem mais habilidosos em suas tarefas, mais responsáveis pelo seu desempenho e mais envolvidos em sua melhoria. Uma organização é o reflexo dos objetivos de seus gestores, que determinam a forma como a organização será conduzida.⁵

A enfermagem tomou conhecimento sobre administração a partir da implementação dos registros, anotações e relatórios de enfermagem, pois passaram a permitir um plano de atividades definidos, garantindo continuidade das informações e registrando as ações praticadas.³²

Identifica-se que nos serviços públicos de saúde prevalece a gestão baseada em estruturas rígidas, verticalizadas e voltadas para a gestão hierarquizada, de modo

que, a tomada de decisões é centralizada apenas no grupo de gestores. Evidencia-se que o gestor se torna refém de regulamentações, limitando-se a orçamentos e diretrizes pré-estabelecidas como, por exemplo, concurso público e salários fixos, impossibilitando a contratação e desligamentos ou mecanismos de incentivo ao colaborador como negociação salarial.³

O gestor no serviço público de saúde sofre com a chamada “delegação de responsabilidade sem a equivalente delegação de poder decisório”, ou seja, possui a responsabilidade implementar e tomar decisões, todavia, sem o poder de modificar conforme a necessidade do local ou da população assistida.³

A eficácia das organizações de saúde também vai depender das relações que estabelecem pessoas, tecnologia, recursos e administração, para realizar a tarefa organizacional de prestação de serviços de saúde. Contudo, entre esses fatores, é a administração que tem o papel mais determinante, uma vez que ela realiza o trabalho de combinar pessoas, tecnologia e recursos para atingir os objetivos organizacionais, mediante planejamento, coordenação, direção e controle. Essa tarefa de administrar, que também chamamos gerenciar, é que possibilitará a organização de saúde, mudar os níveis de atenção, a qualidade de seus serviços.⁴

O enfermeiro na atenção básica à saúde realiza o cuidado aos indivíduos, família e comunidade dentro da UBS, PSF, escolas, associações, entre outras, em todas as fases de desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. São atribuições do enfermeiro na atenção básica: realizar consulta de enfermagem; realizar procedimentos; solicitar exames complementares; prescrever medicações conforme protocolo; planejar, gerenciar e avaliar ações desenvolvidas com a população; realizar atividades de educação permanente; participar do gerenciamento de insumos.²²

Desta forma, o enfermeiro torna-se um líder de sua equipe, visando apoio à equipe técnica, caminhando para o alcance das metas e objetivos, lembrando-se que é de sua responsabilidade saber gerenciar a si próprio, conhecendo seus pontos fortes e pontos a serem melhorados.³³

3.5 Ferramentas de Gestão

Diante do cenário de incertezas e mudanças constantes, é necessário que as organizações saibam identificar seus pontos fortes e oportunidades a serem melhoradas visando manterem-se ativas no mercado, de forma competitiva e sustentável, buscando a evolução contínua da sua gestão e gerando valor à sociedade, de forma ética e sustentável.³⁴

A aplicabilidade das ferramentas de gestão na área da saúde está atrelada as experiências bem-sucedidas da indústria, portanto, não existe um marco histórico que determine o início dessa implementação, observa-se que a saúde era tratada e conduzida exclusivamente por ações filantrópicas e casas de caridade e com a privatização dos serviços de saúde, iniciou a aplicação de uma gestão direcionada a resultados.³⁵

A gestão em saúde foi fortemente influenciada pela cultura japonesa que visava o combate ao desperdício tornando-se líder nos cases de sucesso industrial, para isso criou padrões detalhados de serviços, medindo, catalogando e mensurando o tempo de execução de cada atividade, reduzindo prejuízos.³⁵

Ferramentas de gestão são técnicas utilizadas com a finalidade de mensurar, definir, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. Elas permitem o maior controle dos processos ou melhorias na tomada de decisões.³⁵

Com a aplicação de ferramentas de gestão deve-se observar que se tornam mais efetivas quando possuem um objetivo maior; evitar mudar constantemente de ferramenta, pois geram redução da confiança dos colaboradores e ter em mente que nenhuma ferramenta serve para solucionar todos os problemas, portanto, para escolha de uma ferramenta de gestão é necessário entender os fatos a serem analisados, promovendo estratégias duradouras, adaptando as ferramentas conforme os objetivos a serem atingidos.³⁴

As ferramentas de gestão podem atender e serem utilizadas em mais de um processo gerencial, de modo que, um único processo de gerência pode utilizar mais de um modelo de ferramenta, pois as ferramentas podem se complementar, portanto, no Quadro 3, segue modelo de ferramentas comumente utilizadas conforme necessidade do processo gerencial.³⁴

Quadro 3 - Ferramentas de gestão comumente utilizadas conforme processo gerencial

PROCESSO GERENCIAL	FERRAMENTAS COMUMENTE UTILIZADAS
Planejamento, posicionamento estratégico, definição do modelo de negócio.	<i>Balanced Score Card (BSC), Business Model, Canvas (BMC), Análise SWOT, 5 forças de Porter, Análise VRIO.</i>
Gestão de produção	Kanban, Produção Enxuta (<i>Lean Production</i> , Sistema Toyota)
Solução de problemas ou tratamento de falhas	Método de Análise e Solução de Problemas (MASP), Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe), Análise de Causa Fundamental (5 Porquês), FMEA, CRM.
Desenvolvimento de novos produtos ou implementação de melhorias e inovações	<i>Brainstorming, Benchmarking.</i>
Gestão da qualidade	Normas ISO 9000, 6 Sigma, Controle Estatístico do Processo (CEP), Padronização, Folha de Verificação, Cartas de Controle, Desdobramento da Função Qualidade (QFD), Auditorias de padrão, Avaliação de processos, 5S, Cadeia de Valor, Fluxograma, Diagrama de Pareto, Histograma, Diagrama de Dispersão.
Gestão ambiental	Normas ISO 14000.

Fonte: Adaptado de Fundação Nacional de Qualidade (2015).³⁴

Nas instituições de saúde, apesar da grande variedade de ferramentas e instrumentos gerenciais, os recursos ainda são pouco aplicados em virtude da ausência de conhecimento, dificuldade de utilização pelos indivíduos, falta de registros de quando e como utilizar.³⁵

As principais ferramentas utilizadas na gestão em saúde são: Análise SWOT, Ciclo PDCA, Diagrama de Ishikawa/Diagrama de causa e efeito, Histograma e Pareto³⁵, seguem as características de cada instrumento.

3.5.1 Análise SWOT

A análise SWOT (Figura 1) foi criada por professores da Harvard Business School, Kenneth Andrews e Roland Christensen, focado no estudo da competitividade por meio da análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, analisando os pontos fortes da instituição e ameaças do meio externo em que a organização está inserida.³⁶

A avaliação estratégica realizada a partir da matriz SWOT é uma das ferramentas mais utilizadas na gestão estratégica competitiva. Trata-se de relacionar as oportunidades e ameaças presentes no ambiente externo com as forças e fraquezas mapeadas no ambiente interno da organização. As quatro zonas servem como indicadores da situação da organização. Como é mostrado na figura acima.³⁶

Figura 1 - Análise SWOT



Fonte: Fundação Nacional de Qualidade (2015).³⁴

Por meio da matriz SWOT a instituição consegue analisar claramente quais são as forças e fraquezas no ambiente interno e suas oportunidades e ameaças do ambiente externo, dessa maneira, os gestores conseguem elaborar estratégias para melhoria do desempenho organizacional e competitividade de mercado.³⁶

3.5.2 Ciclo PDCA

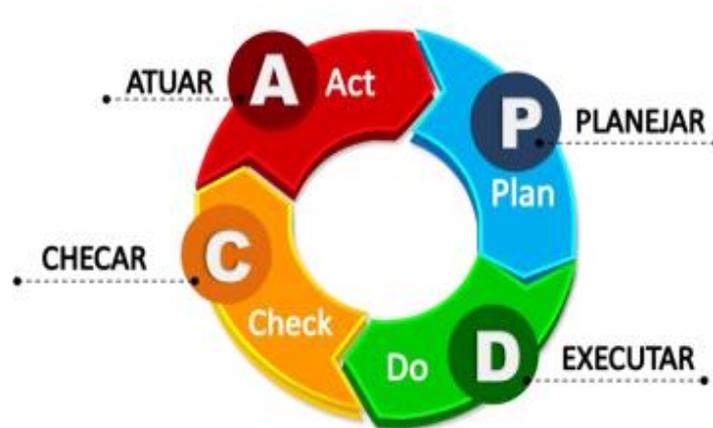
O ciclo PDCA (Figura 2) deriva-se das palavras inglesas, inglesas *plan*, *do*, *heck* e *action*, esta ferramenta atua na melhoria contínua dos processos de trabalho e serviços, divide-se em quatro etapas: planejar, executar, controlar/verificar a agir, esta ferramenta trata-se da repetição cíclica e melhoramento contínuo, podendo ser aplicado para planejamento ou execução de trabalhos simples e complexos, resolução de problemas e estabelecimento de metas.³⁵

Esta ferramenta também é conhecida como ciclo de Shewhart ou ciclo de Deming, foi apresentado em 1930, por Waltera Shewhart, porém somente ao longo

dos anos 50 por meio do estudioso William Edwards Deming, no Japão, tornou-se amplamente conhecido no mundo.³⁷

O ciclo de Deming está fundamentado em um ciclo, com atividades planejadas e recorrentes, para melhorar os resultados e/ou atingir as metas estabelecidas, e por isto não possui um fim pré-determinado. Tem por princípio tornar mais claros e ágeis os processos envolvidos na execução da gestão, identificando as causas dos problemas e as soluções para os mesmos e está dividido em quatro etapas principais: planejar, executar, verificar e agir.³⁷

Figura 2 - Ciclo PDCA



Fonte: Alves (2015).³⁷

A metodologia PDCA auxilia na identificação dos problemas, na priorização e análise das causas e o planejamento de ações corretivas, todavia, é importante seguir a sequência das etapas previstas no instrumento para que seja alcançada a melhora significativa do problema e as metas pré-estabelecidas, envolvendo o desempenho dos gestores e disciplina dos indivíduos envolvidos no processo.³⁷

3.5.3 Diagrama de Ishikawa/Diagrama de causa e efeito

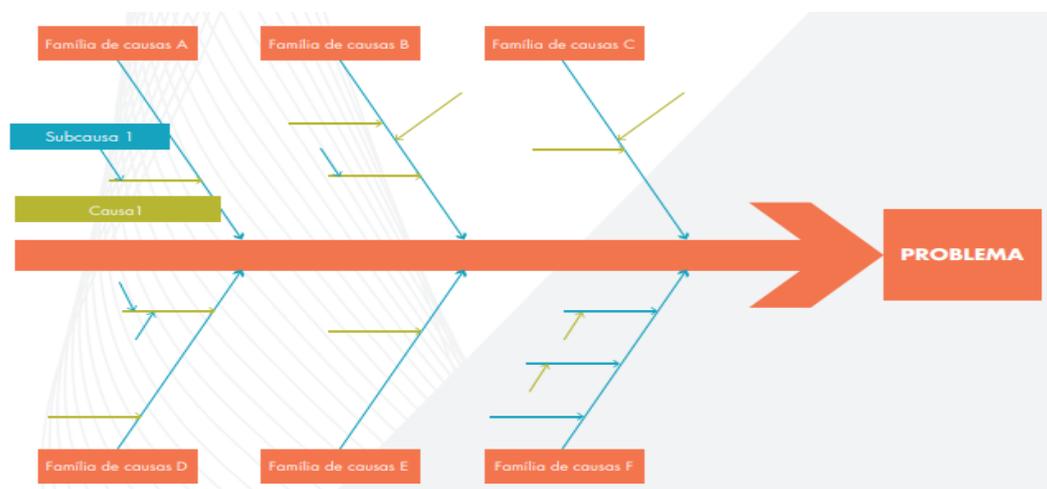
O Diagrama de Ishikawa (Figura 3), também conhecido como espinha de peixe ou diagrama de causa e efeito originou-se no Japão para identificar as principais causas dos problemas envolvendo processo, serviço ou produto. Junto com essa ferramenta pode ser aplicados o método dos porquês, identificando as principais causas ligadas ou efeito que deseja alcançar.³⁵

Esta ferramenta foi criada pelo engenheiro químico Kaoru Ishikawa em 1943 e serve para identificar de maneira sistemática as causas relacionadas a um

determinado problema, por meio da técnica visual interliga causas com seus efeitos, permitindo a facilidade e análise dos problemas, pois por meio de uma linha com várias ramificações, coloca-se as possíveis causas e um retângulo onde se menciona o efeito ou problema. ³⁸

As características desse instrumento encontram-se agrupadas em famílias ou categorias, dentre as características encontra-se: 6M (mão-de-obra, materiais, métodos, máquinas, medidas e meio ambiente; 8M (6M e inclusão de management/gestão e maintenance/manutenção); 4P (política, procedimentos, pessoal e planta). ³⁸

Figura 3 - Diagrama de Ishikawa (Espinha de Peixe)



Fonte: Fundação Nacional de Qualidade (2015).³⁴

As principais vantagens do diagrama de causa e efeito são: direcionamento dos itens a serem analisados, redução de esquecimento dos itens a serem analisados, permite integração com outras ferramentas, permite fácil visualização das variáveis, não se torna gessada a uma única sequência, permitindo a análise independente de várias causas, porém, dentre as desvantagens existe a limitação de solucionar um problema por vez, não apresenta quadro evolutivo ou comparativo, pode apresentar dificuldade de encaixe entre causas e as categorias. ³⁸

3.5.4 Diagrama de Pareto

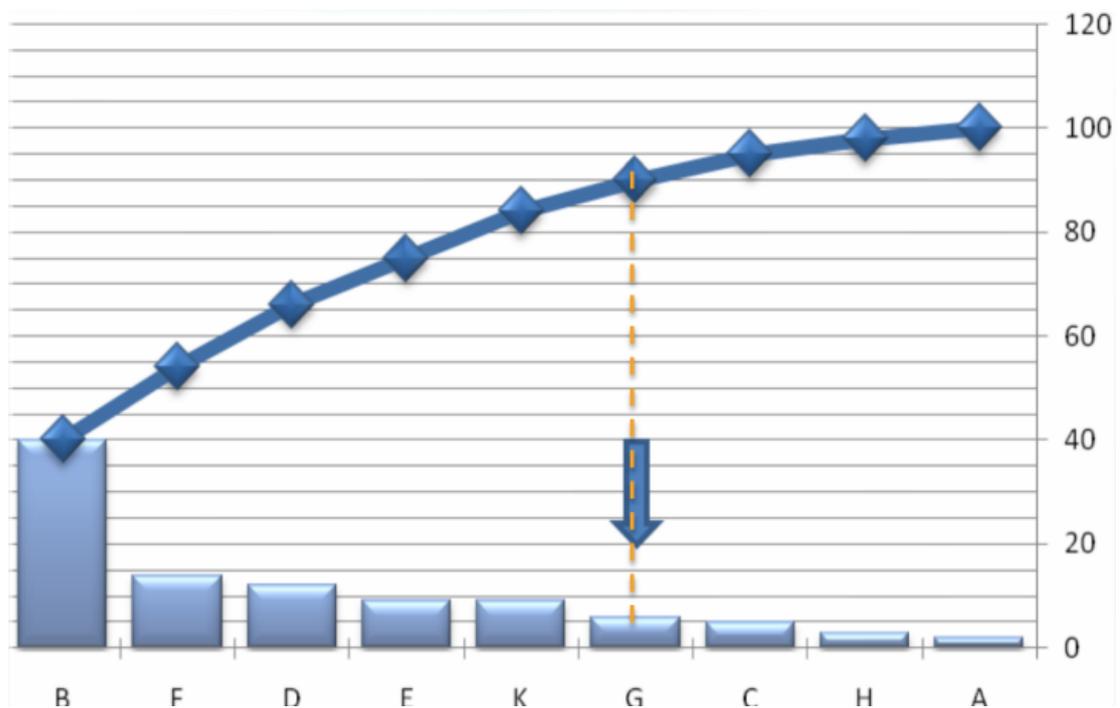
O Diagrama de Pareto ou Gráfico de Pareto (Figura 4) é um recurso gráfico elaborado pelo economista italiano Vilfredo Pareto no final do século XIX, este

instrumento estabelece uma ordem entre causas que geram perdas, tornando clara a relação ação/benefício, desse modo, prioriza a ação objetivando melhores resultados.

39

Esta ferramenta consiste em um gráfico de barras que ordena as ocorrências conforme sua frequência, ou seja, estabelece um alinhamento da maior ocorrência para a menor, dessa maneira, as organizações conseguem desempenhar os esforços nos problemas que apresentam maior índice de ocorrência. ³⁹

Figura 4 - Diagrama de Pareto



Fonte: Banas (2016).³⁹

A lei de Pareto, também conhecida como princípio 80-20, afirma que para muitos fenômenos, 80% das consequências advêm de 20% das causas. Também conhecido como o método ABC para identificação das causas mais representativas. Adotá-lo juntamente com a espinha de peixe proporciona um tratamento mais objetivo e com menos desgaste, das principais causas relacionadas às dificuldades, defeitos ou insucessos do produto. ³⁵

O gráfico de Pareto é considerado uma ferramenta de análise para melhorias mais ampla e criativamente utilizada, as variações comumente utilizadas são: divisão de causas importantes, a mudança na fonte de dados e a mudança na escala de medidas. ³⁹

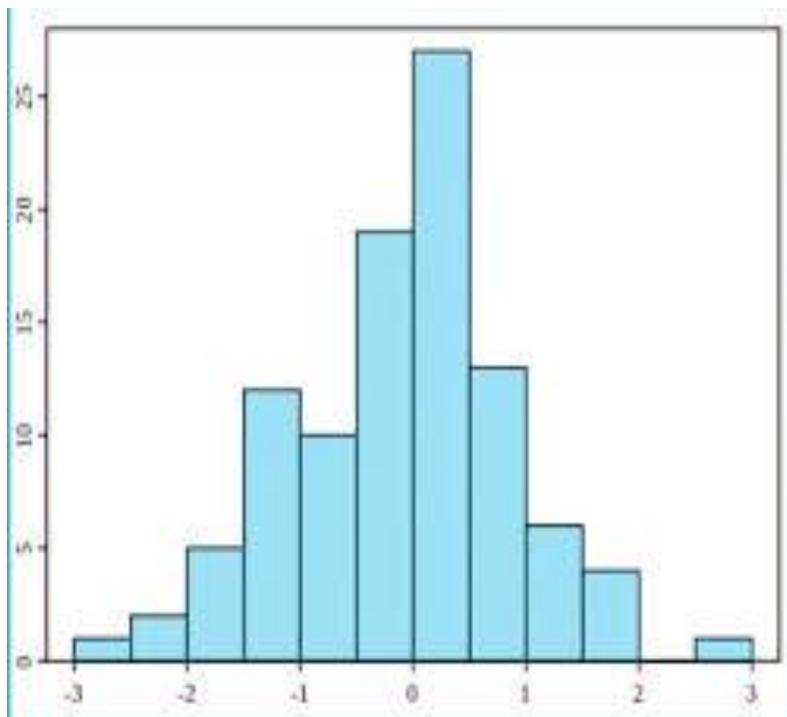
3.5.5 Histograma

O Histograma (Figura 5) representa uma das ferramentas da qualidade, foi criado por Guerry em 1833, utilizado para representar graficamente uma grande quantidade de dados numéricos, de modo que, por meio da sua análise a interpretação torna-se mais fácil e simples, é um gráfico composto por retângulos justapostos em que a base de cada um deles corresponde ao intervalo de classe e a sua altura à respectiva frequência. ⁴⁰

O Histograma é um completo da ferramenta de Pareto, pois apresenta a visualização das medições dos dados do problema e sua distribuição, revelando a variação existente em cada processo. ³⁵

“Através da interpretação do Histograma é possível avaliar o comportamento, consumo, frequências, inúmeros outros parâmetros, fazer estudos comparativos com anos anteriores e auxiliar no planejamento de futuras atividades.”. ⁴⁰

Figura 5 - Histograma



Fonte: Xavier, Cagnin, Coeli. (2016).⁴⁰

A importância de um histograma trata-se de uma ferramenta visualmente clara, representando por meio de gráficos uma situação que já ocorreu e que poderá servir

pra futuras análises, acarretando em melhores dados para embasar as decisões dos projetos. ⁴⁰

3.5.6 Análise avançada (*Advanced Analytics*)

Esta ferramenta permite a análise de um vasto banco de dados em tempo real, realizando a extração, transformação, pesquisa, análise e compartilhamento das informações obtidas, procurando identificar rapidamente a relação entre os dados e estabelecer padrões, buscando melhorar a tomada de decisão e aumentando a capacidade de processamento de dados. ⁴¹

O aumento da capacidade de processamento de dados deve-se a aplicação de quatro itens: volume, velocidade, variedade e variabilidade, ou seja, move-se para *petabytes* e *exabytes*, por meio de ações em tempo real, analisando todos os dados presentes no fluxo e gerenciando mudanças nos formatos de dados. ⁴¹

Para aplicação desta ferramenta a instituição deve selecionar a unidade/setor como piloto, determinando um grupo de liderança que possua habilidade necessária para conduzir o sistema, identificando decisões e ações que possam ser melhoradas e determinando o hardware e software apropriado para solucionar os problemas encontrados. ⁴¹

Portanto, observa-se que as empresas normalmente usam a ferramenta *Advanced Analytics* visando melhorar os processos internos, como o gerenciamento de risco, aplicação de logística a cadeia de suprimentos, otimização de recursos, ampliação e desenvolvimento de produtos e serviços, direcionamento de ofertas aos clientes e transformações dos negócios. ⁴¹

Também se ressalta que a ferramenta ajuda a administração a avaliar e gerenciar melhor as funções críticas do negócio auxilia na identificação de oportunidades e determina as soluções a serem aplicadas, todavia, torna-se necessário a introdução de pessoas qualificadas para aplicar a ferramenta, pois deverão realizar as perguntas certas, identificando as informações sobre a economia, o financeiro e padrões de causalidade. ⁴¹

3.5.7 Indicadores balanceados (*Balanced Scorecard*)

O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta de gestão responsável por definir o desempenho de uma instituição, gerenciando os resultados almejados, ou seja, é o

instrumento que difunde a missão e visão da organização, abrangendo os objetivos e medidas de desempenho que podem ser quantificados e avaliados, analisando os aspectos: financeiro, valor do cliente, processo de negócio, inovação e funcionários.

41

A metodologia de aplicação deste instrumento envolve a articulação da visão e da estratégia do negócio, identificação das categorias de desempenho que estejam vinculadas aos resultados desejados, estabelecer objetivos que apoiem a visão do negócio, desenvolver medidas eficazes e metas a curto e longo prazo, garantir a aceitação do instrumento em toda empresa, criar sistema de orçamento, rastreamento, comunicação e recompensa, realizar a coleta e análise dos dados de desempenho, comparando os resultados reais com o desejado e estabelecer estratégias para controle dos pontos desfavoráveis. ⁴¹

Portanto, a utilização do *Balanced Scorecard* está associada ao esclarecimento e atualização das estratégias de um negócio, vinculando metas de longo prazo e orçamentos anuais, incorporando objetivos estratégicos aos recursos disponíveis, facilitando as mudanças organizacionais, comparando o desempenho de cada unidade/setor e aumentando a compreensão da visão e estratégia da instituição por toda a organização. ⁴¹

3.5.8 Avaliação comparativa (Benchmarking)

A ferramenta de gestão *Benchmarking* é responsável por melhorar o desempenho da instituição por meio da identificação e aplicação das melhores práticas evidenciadas nas operações de vendas, de modo que, ocorre a comparação de produtos e processos entre os concorrentes e empresas qualificadas, objetivando encontrar os melhores desempenhos e entender os processos e práticas que promovam esse desenvolvimento, com isso, as empresas melhoram seu desempenho adaptando e incorporando boas práticas em suas operações, buscando constante inovação dos processos. ⁴¹

A aplicação do *Benchmarking* envolve a seleção de produto, serviço ou processo, identificação das principais métricas de desempenho, escolha das empresas e áreas a serem comparada, coleta de dados sobre o desempenho e práticas de mercado, análise dos dados, identificação de melhorias, adaptação e

implementação de melhores práticas, estabelecendo metas e garantindo a aceitação da empresa quanto aos novos objetivos. ⁴¹

Esta ferramenta é utilizada para melhorar o desempenho por meio da identificação de métodos de eficiência operacional e qualidade dos produtos e serviços a serem ofertados, comparando custo, estabelecendo vantagens estratégicas e proporcionando o compartilhamento de experiências. ⁴¹

3.5.9 Reengenharia de processos de negócio (Business Process Reengineering)

O processo inicial de aplicação desta ferramenta envolve a redução do tempo no desenvolvimento das atividades, por meio de organizações horizontais, análise de custo e redesenho dos processos, ou seja, a proposta inicial é ofertar uma folha de papel em branco e solicitar que todos os processos existentes sejam repensados visando melhorar o serviço ou produto que será fornecido ao cliente, sendo o cliente o ponto mais importante e enfatizado nesse processo. ⁴¹

Observa-se que com a aplicação do *Business Process Reengineering* há a redução de atividades improdutivas, pois ocorre o redesenho radical dos principais processos para alcançar melhorias drásticas na produtividade, desta maneira, ocorre a projeção de atividades funcionais por meio de equipes multifuncionais, utilizando recursos tecnológicos para disseminar a produtividade, centrada na tomada de decisões. ⁴¹

A aplicação do *Business Process Reengineering* ocorre em cinco etapas: foco nos valores da empresa e nas necessidades do cliente; desenho dos principais processos utilizando a tecnologia como ferramenta, reorganização do negócio em equipes multifuncionais com responsabilidade pré-determinadas, repensar em questões básicas de organização e das pessoas envolvidas e melhorar o processo de negócio. ⁴¹

Desse modo, a ferramenta é utilizada para melhorar o desempenho dos processos que afetam os clientes, reduzindo custos e tempo de ciclo, eliminando atividades improdutivas, aproveitando o tempo dos funcionários na realização de atividades funcionais, diminuindo camadas de gestão, acelerando o fluxo de produção, eliminando erros e retrabalhos, melhorando a qualidade, reduzindo a fragmentação do trabalho, determinando responsabilidades a cada membro da equipe e garantindo o *feedback* imediato. ⁴¹

3.5.10 Programa de gestão de mudanças (Change Management Programs)

O Programa de Gestão de Mudanças envolve a transformação cultural, baseada na mudança organizacional e redesenho dos processos, permitindo a instalação de novos processos, visando qualificação do negócio, porém, essas mudanças ocorrem por meio da criação de iniciativas, geração de comprometimento, implementação das mudanças de forma transparente e geração de ações repetitivas em busca da perfeição, desta maneira, a ferramenta permite a identificação dos problemas e os prováveis locais de ocorrência, estabelecendo estratégias para monitorar e minimizar os riscos. ⁴¹

A aplicação desta ferramenta exige do gestor a centralização nos resultados, focado nos objetivos e metas estabelecidas; busca pela superação das barreiras de mudanças, identificando pontos de resistências e prevendo ações que possam se tornar empecilho para aplicação das mudanças; criação de estratégias motivacionais; ampliação da comunicação e monitoramento contínuo do progresso. ⁴¹

Observa-se que aplicação do *Change management programs* visa à adaptação das instituições “às mudanças nos mercados, preferências dos clientes, tecnologias ou planos estratégicos da concorrência; alinhar e focar uma organização ao passar por uma grande reviravolta e implementar novas iniciativas de processo”. ⁴¹

3.5.11 Competências essenciais (Core Competencies)

A terminologia competência é entendida como uma proficiência, abrangendo o aprendizado coletivo, a capacidade de coordenar as habilidades de produção e integração das tecnologias, oferecendo suas capacidades aos clientes e permitindo a competitividade sustentável e ramificação no mercado, desta maneira, a ferramenta. *Core Competencies* permite que as empresas invistam nos pontos fortes que as diferenciam e definam estratégias de melhorias constantes. ⁴¹

A *Core Competencies* para ser desenvolvida depende do desenvolvimento das seguintes habilidades: destacar as principais competências, aprimorar os pontos fortes, realizar a comparação das habilidades da instituição com outras empresas, compreender quais capacidades os clientes realmente valorizam, definir metas, buscar alianças, incentivar a comunicação, preservar os pontos fortes e alienar

recursos não essenciais visando à liberação de recursos para serem aplicados em outros pontos.⁴¹

A ferramenta *Core Competencies* é responsável por capturar o aprendizado coletivo e pode ser usado para projetar estratégias competitivas, unificar as instituições em unidades funcionais, ajudar os funcionários a entenderem as prioridades da gerência, integrar o uso de tecnologia, alocação correta de recursos, determinação de investimento, ampliar o domínio de mercado, melhorar a imagem da instituição e buscar a fidelidade dos clientes.⁴¹

3.5.12 Gestão do relacionamento com o cliente (Customer Relationship Management)

“O *Customer Relationship Management* (CRM) é um processo que as empresas usam para entender seus grupos de clientes e responder rapidamente - e, às vezes, instantaneamente - à mudança dos desejos do cliente.” Portanto, o seu eixo de aplicação está voltado para o comércio colaborativo, ferramentas de gerenciamento de lealdade, fidelização de clientes, segmentação de clientes e pesquisas com o público de mercado.⁴¹

A metodologia CRM favorece a coleta de dados e o gerenciamento das informações, permitindo a elaboração de estratégias de mercado e resolução de problemas envolvendo todo o ciclo de relacionamento com o cliente, ressalta-se que os dados obtidos favorecem principalmente a solução para problemas externos decorrentes do marketing, gestão de cadeia de abastecimento e desenvolvimento de novos produtos e serviços.⁴¹

Esta ferramenta exige dos gestores a definição dos problemas envolvendo o ciclo de relacionamento com o cliente; seleção da plataforma de tecnologia apropriada, custo para implementação e treinamento dos funcionários para utilização deste recurso; balancear os benefícios obtidos com as despesas envolvidas; desenvolver programas motivacionais para garantir que os funcionários utilizem o CRM e monitoramento da implementação do sistema para acompanhar a lucratividade.⁴¹

O CRM pode ser implementado no intuito de analisar pesquisas de mercado sobre clientes em tempo real, gerar previsão de vendas mais confiáveis, coordenar informações rapidamente entre setor de vendas e representantes, avaliar os

programas de marketing dentre eles a preferência dos clientes, aumentar as vendas, melhorar a retenção de clientes e projetar programas eficazes de atendimento ao público consumidor. ⁴¹

3.5.13 Sistema de envolvimento de funcionários (Employee Engagement Surveys)

O *Employee Engagement Surveys* está centrado na satisfação do empregado, fortalecimento da gestão de recursos humanos e compromisso organizacional, sua função é verificar se os funcionários estão envolvidos e entusiasmados com seu trabalho, pois é comprovado que colaboradores engajados ajudam a criar clientes satisfeitos e leais, melhorando desempenho dos negócios. ⁴¹

As Employee engagement surveys avaliam o grau de vinculação dos funcionários a seus empregos, colegas e organização, ajudando a determinar sua disposição de ir além dos parâmetros básicos de seu trabalho. Eles também podem ser usados para entender quais fatores têm maior impacto no engajamento de funcionários e na previsão da retenção de funcionários. As pesquisas de engajamento dos funcionários estão intimamente ligadas ao envolvimento do cliente e são medidas de maneira semelhante. ⁴¹

A aplicação desta ferramenta permite que as instituições identifiquem e desenvolvam os pontos fortes e talento de cada funcionário, para isso, os gerentes devem avaliar, por meio de pesquisas, o perfil dos colaboradores e suas sugestões, certificando que o envolvimento dos funcionários é uma prioridade para os gerentes e funcionários da linha de frente. ⁴¹

Portanto, esta ferramenta é utilizada para desenvolver funcionários mais produtivos, satisfeitos, motivados, autônomos, ambiente de trabalho seguro, análise do investimento a ser aplicada, manutenção de clientes satisfeitos e leais, aumentar a retenção da força de trabalho e redução de custos com rotatividade. ⁴¹

3.5.14 Declaração de missão e valores (Mission and Vision Statements)

A *Mission and Vision Statements* está voltada para declarações de valores corporativos, transformação cultural e planejamento estratégico, definindo os negócios da empresa, seus objetivos e sua abordagem para atingir as metas estabelecidas, desse modo, esta ferramenta busca fortalecer a ligação entre missão e visão, descrevendo a posição futura desejada. ⁴¹

Para aplicação desta ferramenta os gestores devem identificar claramente a cultura corporativa, os valores, as estratégias e a visão da instituição; conhecer o compromisso da empresa com os clientes, funcionários e comunidade; garantir que os objetivos e a visão sejam alcançados e utilizar uma linguagem clara, simples e precisa.⁴¹

Desta maneira, identifica-se que internamente o conceito de missão e visão norteia a gestão estratégica, ajudam a definir padrões de desempenho, estimulam o trabalho de forma mais produtiva, orientam a tomada de decisão e ajudam a estabelecer um comportamento ético; no âmbito externo, cria vínculos e melhora a comunicação com clientes, fornecedores e parceiros e é utilizado como ferramenta de relações públicas.⁴¹

3.5.15 Cenário e planejamento contingencial (Scenario e Contingency Planning)

A utilização do *Scenario e Contingency Planning* está associado ao gerenciamento de crise, recuperação de desastres, análise de fatos reais e modelos de simulação, permitindo que os gestores explorem e preparem a empresa para vários futuros, conforme alternativas estudadas. Esta ferramenta examina as mudanças do mercado e cria estratégias para lidar com elas, analisando resultados sob uma variedade de estratégias operacionais e condições econômicas.⁴¹

As principais etapas para implementação do *Scenario e Contingency Planning* é baseado na determinação de um prazo para exploração, identificar suposições atuais, criar cenários variados, teste de impacto das principais variáveis, desenvolver planos de ação baseados nas soluções, monitorar eventos e preparar-se para mudar de rumo.⁴¹

Por meio da aplicação dessa ferramenta, a empresa pode alcançar um maior grau de aprendizado organizacional, levantar e desafiar crenças e suposições implícitas, identificar as principais alavancas que podem impulsionar a empresa, transformar o planejamento em uma experiência compartilhada, desenvolver visão futura e incorporar a globalização no gerenciamento da instituição.⁴¹

3.5.16 Planejamento estratégico (Strategic Planning)

O *Strategic Planning* é uma ferramenta utilizada para avaliar todo o potencial de uma empresa, vinculada aos objetivos e recursos necessários para alcançar as metas estabelecidas, que será alcançada por meio de um processo sistemático, pontuando as questões mais críticas enfrentadas pela instituição, desta maneira, está associada às competências, missão, visão, cenário e planejamento contingencial.⁴¹

A aplicação do *Strategic planning* deve envolver a descrição da missão, visão e valores da organização; explorar o mercado em busca de ameaças e oportunidades; entendimento das prioridades dos clientes; analisar os pontos fortes e fracos da empresa; identificar e avaliar estratégias alternativas; desenvolver um modelo de negócio que diferencie dos concorrentes; preparar programas e políticas e planos de implementação; planejar estratégias de contingência e monitorizar o desempenho.⁴¹

A aplicação desta ferramenta visa alterar a direção e o desempenho de um negócio, incentivar discussões baseadas em evidências, desenvolver a tomada de decisões, definir questões orçamentárias, estabelecer avaliações de desempenho e treinar os gestores para desenvolverem as melhores decisões.⁴¹

3.5.17 Gerenciamento de cadeia de suprimentos (Supply Chain Management)

O *Supply Chain Management* é responsável por estabelecer laços e esforços entre os envolvidos em um processo, por exemplo, fornecedores, fabricantes, fornecedores, distribuidores, clientes etc., associado ao recurso tecnológico que favorece a comunicação contínua entre todos os envolvidos no processo, promovendo a corporação sem fronteiras, comércio colaborativo e análise de cadeia de valor.⁴¹

A implementação dessa ferramenta é realizada por meio de quatro etapas, classificado em estágio de 1 a 4. 1º estágio: aumento do nível de confiança entre os elos vitais da cadeia de suprimentos; 2º estágio: aumento da troca de informações, implementando demanda, estoque, capacidade e cronograma; 3º estágio: gerenciamento da cadeia de suprimentos, associado a redução de atividades improdutivas e melhor envolvimento com os clientes; 4º estágio: identificação e implementação de ideias transformadoras, fortalecendo o processo produtivo.⁴¹

Este recurso é visto pelos gerentes como uma alternativa para fornecimento de produtos e serviços com rapidez, atrelando a inclusão de inventários, intercâmbio

eletrônico de dados, redução de tempo na execução de atividades não essenciais e globalização.⁴¹

3.5.18 Gestão de qualidade total (Total Quality Management)

O *Total Quality Management* (TQM) é uma ferramenta sistêmica que envolve as especificações de produtos e serviços com o desempenho do cliente, criando um ciclo virtuoso de melhoria contínua visando o aumento da produção, satisfação do cliente e lucros.⁴¹

É competência dos gerentes, para implementação do TQM, avaliar inicialmente os requisitos do cliente, dentre eles as necessidades atuais e futuras, projetar produtos e serviços e entregar com qualidade, conseqüentemente, deverá identificar os principais problemas, capacitar e treinar os funcionários, desenvolver medidas de qualidade e criar incentivos para aplicação dos mesmos, promovendo e incentivando a gestão por liderança, com base em *feedback* e comunicação.⁴¹

Esta ferramenta pode ser implementada visando o aumento da produtividade, redução do retrabalho, confiabilidade do produto, diminuir problemas de atendimento e aumentar a vantagem competitiva.⁴¹

3.5.19 Orçamento base zero (Zero Based Budgeting)

A ferramenta Zero Based Budgeting envolve o orçamento baseado em atividades, por meio da redução de complexidades e análise de custo-benefício, ou seja, é realizada a análise de despesas para cada período, de modo que, todos os gastos devem ser examinados e justificados as despesas que forem mantidas, permitindo o aumento da competitividade.⁴¹

O *Zero-Based Budgeting* analisa quais atividades devem ser executadas em que níveis e frequência e examina como elas poderiam ser melhor desempenhadas - potencialmente através de racionalização, padronização, terceirização, *offshoring* ou automação. O processo é útil para alinhar alocações de recursos com metas estratégicas, embora possa ser demorado e difícil quantificar os retornos de alguns gastos, como a pesquisa básica.⁴¹

Para aplicação desta ferramenta, é necessário seguir os seguintes passos: 1) analisar os recursos, definir uma visão estratégica e meta de custo; 2) construir uma

base de ofertas, funções e despesas; 3) construir expectativas para o futuro e atividades a serem executadas; 4) redefinir orçamentos, quadro de funcionários e planejar a implementação.⁴¹

Com base nas ferramentas de gestão apresentadas, observa-se que nas últimas décadas, em virtude da globalização, avanços tecnológicos e desafios econômicos, esse recurso tornou-se eixo fundamental dos gestores na tentativa de aumentar o crescimento financeiro, inovar sua participação no mercado, melhorar a qualidade, aumentar a eficiência e planejar ações para desenvolvimento e crescimento futuro.⁴¹

Portanto, os gestores e líderes devem selecionar a ferramenta de gestão com foco nos objetivos a serem alcançados visando sempre a interação entre planejamento, processo, pessoas, cliente e mercado, pois o uso bem-sucedido das ferramentas requer a compreensão dos pontos fortes e fracos de cada instituição e indivíduo, associada ao momento certo de aplicabilidade, todavia, observa-se que todas as ferramentas são válidas, desde que utilizadas no momento certo e nas circunstâncias corretas.⁴¹

3.5.20 Matriciamento

O Matriciamento ou apoio matricial é compreendido como um modelo de gestão que envolve a intervenção pedagógico-terapêutica, aplicada por meio do compartilhamento das ações e ideias, sendo as propostas desenvolvidas por meio de duas ou mais equipes, através de uma relação horizontal e não vertical como se verifica tradicionalmente nos modelos de gestão.⁴²

O primeiro estudo sobre essa ferramenta foi iniciado na cidade de Campinas, no final de década de 1980, todavia, a utilização dessa ferramenta na gestão foi abordada no final da década de 1990 e, apenas em 2008, o Ministério da Saúde colocou em prática o Matriciamento através da formulação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).⁴³

A horizontalidade proposta por esse modelo de gestão está estruturada em dois tipos de equipes, sendo a equipe de referência e a equipe de apoio matricial, visando à integração entre diversas profissões e especialidades por meio da ampliação do diálogo e troca clínica ampliada.⁴⁴

Este modelo de gestão não se baseia na autoridade, pois está focado no desenvolvimento do diálogo, troca de conhecimentos, orientações e intervenções conjuntas entre todos os membros. ⁴²

A aplicação do Matriciamento desenvolve-se por meio de 5 eixos sendo projeto terapêutico singular; interconsulta; consulta conjunta de saúde mental na atenção primária; visita domiciliar conjunta e uso das tecnologias de comunicação. ⁴⁴

O projeto terapêutico singular (TPI) está focado na humanização e clínica ampliada, envolvendo abordagens biológicas, farmacológicas, psicossocial e familiar, por meio do apoio do sistema de saúde, comunidade e divisão do trabalho em equipe. ⁴⁴

A interconsulta é o principal recurso do Matriciamento, pois através da prática interdisciplinar desenvolve a integralidade em saúde; a consulta conjunta é uma técnica de aprendizagem buscando a resolução assistencial através do envolvimento de profissionais, paciente e família, sendo o profissional o responsável por esboçar o plano terapêutico e envolver os demais membros citados na complementação do mesmo. ⁴⁴

A “visita domiciliar conjunta apresenta diversas características comuns à consulta conjunta e faz parte do arsenal terapêutico dos serviços de saúde de base territorial” e o recurso de uso de tecnologias da comunicação está focado no uso do telefone, método de baixo custo financeiro e amplamente divulgado entre o público alvo. ⁴⁴

3.5.21 Níveis de Atenção em Saúde

“No SUS, a hierarquização é uma forma de pensar e organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são escalonadas em Níveis de Atenção”, sendo dividido em nível primário, secundário e terciário. ⁴⁵

A Atenção Primária à Saúde (APS) integra ações preventivas voltadas para as necessidades de indivíduos e comunidades, atuando na perspectiva da interdisciplinaridade, participação social e gestão; sua prática é evidenciada através de reformas sanitárias e educação em saúde. ⁴⁶

O nível primário é responsável pela baixa complexidade, desenvolvendo atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas através dos

atendimentos realizados pelas equipes dos programas Saúde da Família e em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população devem ser incluso neste nível. ⁴⁵

O nível secundário de saúde corresponde a 15% do total dos problemas de saúde, está organizado através das atividades assistenciais baseadas em quatro especialidades médicas, sendo clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, através da execução de procedimentos de médio custo. ⁴⁵

O nível terciário é caracterizado pela execução de procedimentos de alto custo e corresponde a 5% dos problemas de saúde, compreende casos complexos que envolvem maiores danos à saúde; as ações são praticadas em ambulatórios de especialidades e hospitais. ⁴⁵

Figura 6 - Níveis de atenção em saúde.



Fonte: Matta, Morosini. (2019).⁴⁵

3.5.22 Regulação

A regulação em saúde é caracterizada por ações de fiscalização, controle, auditoria, regulamentação e avaliação de recursos e serviços de saúde, envolvendo serviços estatais, privados e corporações; dentre os eixos de análise constam condução política, planejamento estratégico, contratos, tecnologia, avaliação

econômica, desenvolvimento de recursos humanos, estruturação de processos de trabalho, vigilância em saúde e desenvolvimento científico. ⁴⁶

Após a criação do SUS e com a elaboração da Lei 8080/90 a regulação em saúde tornou-se elemento juridicamente essencial do processo de saúde, sendo responsabilidade dos três níveis governamentais a aplicação e execução da proposta; todavia, tentativas de intensificação dos processos de avaliação, controle e auditoria vieram à tona após a elaboração das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). ⁴⁷

A terminologia regulação teve sua difusão completa após 2008, por meio da portaria nº 1559 responsável pela divulgação da Política Nacional de Regulação do SUS, que compreende três dimensões, sendo a regulação de sistema de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. ^{46,47}

A regulação de sistema de saúde envolve a tríade município, estado e nação, sendo os gestores públicos responsáveis por definir e executar, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas. ⁴⁶

A regulação da atenção à saúde tem como objetivo garantir a prestação de ações e serviços de saúde mediante a aplicação do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/Indicadores COAP, sendo as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde as responsáveis pela aplicação desse método. ⁴⁶

Dentre os processos regulatórios encontra-se a fiscalização do exercício das profissões de saúde, atuação dos estabelecimentos de saúde, condições de trabalho, oferta e demanda dos serviços, elaboração de contratos, controle e avaliação de custos, qualidade da atenção, elaboração de fluxo de atendimento, uso adequado de insumos, medicamentos e tecnologias. ⁴⁷

A regulação do acesso à assistência é responsável por organizar os fluxos assistenciais, sendo gestores públicos responsáveis pela prática desses recursos, visando o acesso universal, integral e igualitário, por meio da execução de tecnologia e conhecimento científico, buscando qualidade das ações, resolução de problemas e satisfação do usuário. ⁴⁶

A regulação tem por objetivo identificar os usuários do SUS, manter atualizado o cadastro de estabelecimento e profissionais, elaborar protocolos clínicos, contribuir com a regulação da atenção às urgências, desenvolver a cogestão entre reguladores

municipais e intermunicipais, monitorar a implementação e a prática das centrais de regulação. ⁴⁶

3.5.23 Administração direta X Organizações Sociais de Saúde (OSS)

A Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde sob a responsabilidade do Estado, todavia, desde a década de 90 identifica-se a restrição do papel do Estado e ampliação da terceirização do serviço através de Organizações Sociais, desta maneira identifica-se a desresponsabilização do Estado e ampliação da privatização ou transferência da gestão para entidades privadas. ⁴⁸

A prática dessa atividade possui respaldo através da Lei Federal nº 9.637 e, no estado de São Paulo, a lei complementar nº 846/98 que permitiu que entidades privadas assumissem a gestão da saúde como Organizações Sociais, tornando fundamental a comparação dos resultados dos hospitais gerais estaduais da administração direta e gerenciada por OSS para orientar as políticas públicas e utilização adequada dos recursos públicos. ^{48,49}

O surgimento das OSS no Brasil iniciou nos anos 1994/1995, visando à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, associado ao serviço público-privado, permitindo e incentivando a produção não lucrativa. ⁵⁰

O modelo de gestão de serviços públicos de saúde por meio de parceria público-privada com as Organizações Sociais de Saúde já tem quase vinte anos no Estado de São Paulo e foi objeto de inúmeras análises e estudos que apontam vantagens quanto à agilidade, autonomia administrativa e desempenho deste modelo de gestão para o tradicional modelo de administração direta do Estado. ⁴⁹

As OSS estão classificadas no termo “terceiro setor”, caracterizada por entidades privadas, não governamentais, sem fins lucrativos, autogovernadas e de associação voluntária, todavia, sua terminologia é polêmica, pois se acredita no fortalecimento do modelo gerencial neoliberal. ⁵⁰

Associado ao contexto de terceiro setor acreditasse que o ideal de não lucratividade das OSS é divergente, pois esse modelo de gestão está associado a isenções de impostos, subsídios estatais e diretores administrativos com altos salários. ⁵⁰

4 ARTIGO

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM ITAPETININGA

RESUMO

Introdução: O objetivo do presente estudo foi realizar o diagnóstico dos modelos e ferramentas de gestão presentes nas Unidades de Atenção Básica de Saúde na cidade de Itapetininga e propor intervenções. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva utilizando o grupo focal para coleta de dados, com as seguintes questões norteadoras: Como é a coordenação na sua unidade de saúde; quais as maiores dificuldades enfrentadas; quais as potencialidades; Como funciona a parceria com a Secretaria de Saúde. **Resultados:** O grupo focal foi composto por 10 coordenadores, sendo possível destacar a aplicação de três modelos de gestão: Redes de Atenção à Saúde, gestão de pessoas e gestão da qualidade; e dezoito ferramentas de gestão, sendo as mais utilizadas o sistema de envolvimento de funcionários, *Balanced ScoreCard*, Diagrama de Ishikawa e Gestão da Qualidade Total. **Discussão:** A literatura confirma os desafios identificados falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços. **Conclusão:** O diagnóstico dos modelos e ferramentas de gestão foi realizado com coordenadores de unidades de saúde, e foi, por si só, uma intervenção importante, que os participantes sugeriram que fosse frequente. Realizou-se, junto à Secretaria de Saúde de Itapetininga, a revisão do Manual Gerencial das Unidades Básicas de Saúde e uma oficina com toda a equipe de enfermagem, a qual provocou a reflexão sobre aspectos de gestão. Há a necessidade de desenvolvimento de novas ações, visando a divulgação dos modelos e ferramentas de gestão disponíveis.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Sistema Único de Saúde, Enfermagem em Saúde Pública, Desenvolvimento de Pessoal, Administração de serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Quando se propõe a discutir os diferentes modelos de gestão que ocorrem tanto no setor público quanto no privado, chega-se à conclusão de que ainda resistem os modelos marcados pelo tradicionalismo e pelo conservadorismo, definindo estruturas de gestão hierarquizadas, rígidas e centralizadas e tratando-se de um ambiente profissional de saúde, é necessário observar que ela perpassa diferentes campos: sua organização, interesses e articulações presentes no cotidiano. Portanto, a gestão em saúde não se limita apenas à rede de saúde, mas também na organização de cada unidade de acordo com o contexto social em que ela se insere.^{1,2}

Com isso, práticas de gestão que atendam às diferentes demandas que se apresentam em unidades básicas de saúde é o caminho para se proporcionar o direito à saúde para a população de forma mais humana e eficiente.³

Para o desenvolvimento de uma instituição de saúde a atuação do gestor no âmbito da motivação, resolutividade, tomada de decisão e determinação é um fator que sobrepõem até mesmo a relação entre tecnologia, mercado financeiro e investimentos e o sucesso de um gestor depende do seu desempenho e da habilidade em lidar com pessoas e situações divergentes, portanto, deve ser capaz de transformar seus conhecimentos e habilidades (técnicas, humanas e conceituais) em ação e transformação das pessoas, visando influenciá-las para alcançar o desempenho desejado.^{4,5}

Os serviços de saúde, visando organização e desenvolvimento, incorporaram as tendências administrativas dos modelos de gestão inicialmente implementados nas indústrias, dessa maneira, ferramentas gerenciais foram implementadas, dentre elas: gestão do conhecimento, informação, competências, liderança e coach, sendo o profissional enfermeiro o responsável pela gestão da assistência de enfermagem e implementação desses processos.⁶

Diante da necessidade de padronização da gestão do enfermeiro coordenador nas unidades básicas de saúde do município de Itapetininga, a questão que orienta o desenvolvimento da pesquisa é: como ocorrem as atividades de gestão do enfermeiro coordenador nas Unidades de Saúde de Itapetininga?

MÉTODO

A pesquisa é de abordagem qualitativa podendo ser classificada quanto aos objetivos como exploratória e descritiva com análise temática de conteúdo, pois visa identificar, a partir da percepção de coordenadores (as), as contribuições e desafios do processo de gestão.

O estudo foi realizado na cidade de Itapetininga, que possui uma ocupação territorial de 1.789 km², população estimada em 2017 de 160.070 mil habitantes, Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2015 de R\$ 26.277,70, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 de 0,763 e 48 estabelecimentos de saúde.

A inclusão dos sujeitos da pesquisa foi devida à atuação do profissional como coordenador (a) na gestão de unidades de saúde, independentemente do tempo de atuação no cargo. Foram excluídos enfermeiros ou profissionais que não possuem atuação em cargos de gestão.

Os aspectos éticos foram avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo por meio do parecer de número 94973318.9.0000.5373.

Para a coleta de informações, foi realizado um grupo focal formado por coordenadores (as) em seis de dezembro de 2018 às 16h00, com término às 17h10, no Departamento de Vigilância Epidemiológica Municipal na cidade de Itapetininga.

No dia da coleta de dados os participantes foram acomodados em cadeiras dispostas em círculo, foram realizadas as apresentações do moderador e dos observadores e informado que o encontro seria gravado (voz).

Com o objetivo de manter a confidencialidade do conteúdo das discussões, os participantes puderam escolher sua identificação, e optaram consensualmente por nomes de flores.

Antes de iniciar o grupo focal, foi distribuído, explicado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a coleta de dados dividiu-se em duas etapas.

Na primeira etapa foi distribuído um questionário constituído de quatro questões de múltipla escolha, com o perfil dos profissionais: sexo, faixa etária, formação acadêmica e tempo de trabalho do profissional na instituição.

Na segunda etapa, realizada no mesmo dia, sob responsabilidade do moderador do grupo, foram estabelecidas quatro questões norteadoras, para iniciar o

diálogo do grupo: como é a coordenação na sua unidade de saúde; quais as maiores dificuldades enfrentadas; quais as potencialidades; Como funciona a parceria com a Secretaria de Saúde. Conforme as questões foram surgindo outras perguntas eram formuladas, mantendo-se o foco no objetivo da pesquisa. Durante o grupo focal, não foram sugeridos nomes de modelos ou ferramentas de gestão.

Os dados coletados no grupo focal foram analisados conforme o Método de Análise do Discurso, na Modalidade de Análise de Conteúdo, seguindo etapas de pré-análise, exploração dos dados e tratamentos dos resultados.⁷

Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel®, agrupados como unidade de contexto e unidade de registro e categorias definidas a priori.

RESULTADOS

O convite para participar da pesquisa foi direcionado para 19 coordenadores (as) de unidades de saúde. Destes, três justificaram previamente sua ausência; 16 aceitaram o convite; 10 compareceram ao grupo focal, sendo dois participantes do sexo masculino e oito do sexo feminino, três participantes de 25 a 35 anos e sete entre 35 a 45 anos.

Em relação à formação acadêmica nove possuíam bacharelado em enfermagem e um com graduação em pedagogia. Quanto à pós-graduação, todos tinham titulação *lato sensu*, três em competência hospitalar: enfermagem em pediatria e neonatologia, unidade de terapia intensiva, controle de infecção hospitalar; três em gestão: gestão em enfermagem, gestão em saúde com extensão em psicologia hospitalar, MBA em gestão em saúde pública; dois em saúde pública: saúde da família, saúde pública com ênfase em saúde da família; um em docência; e um em saúde do trabalhador.

Em relação ao tempo de trabalho, dois coordenadores (as) estavam há menos de um ano na instituição, dois, de um a três anos, quatro atuavam de três a cinco anos e dois, de cinco a 10 anos. O tempo em coordenação era sempre menor que o tempo total de trabalho na instituição.

Entre os participantes do grupo focal, dois enfermeiros possuíam duplo vínculo com a prefeitura, exercendo uma jornada de trabalho estendida para 12 horas diárias.

O quadro a seguir categoriza as manifestações do grupo sobre os modelos de gestão categorizados, mesmo que não nomeados como tal.

Quadro 1 – Manifestações do grupo focal sobre modelos de gestão (continua)

MODELOS DE GESTÃO	DE MANIFESTAÇÕES
Gestão por processos	<ul style="list-style-type: none"> • Tendência de repassar o problema para a Secretaria de Saúde • Dificuldade de seguir planejamento diário (“Não faz nem 4 itens”) • Necessidade de envolvimento da equipe multiprofissional • Importância da Comunicação • Imposição de novas rotinas • Necessidade de facilitadores para tomada de decisão • Ausência de indicadores / controle de custos • Lacunas na padronização / Dificuldade nos protocolos • Qualidade manifestada pela ausência de reclamações • Necessidade de retorno de indicadores da Secretaria de Saúde à coordenação • Dificuldades compartilhadas por meio de aplicativo de mensagem • Faltam reuniões entre coordenadores (as) • Diversas atribuições dos enfermeiros / sobrecarga de trabalho • Relatórios sistema e-SUS • Falta de indicadores de Saúde • Necessidade de rodas de conversa permanentes • Visitas nas unidades de atendimento • “Bagagem anterior em hospitais ajuda na Atenção Básica” • Excesso de habitantes por UBS

Quadro 1 – Manifestações do grupo focal sobre modelos de gestão (continuação)

MODELOS DE GESTÃO	MANIFESTAÇÕES
Gestão por processos (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> • Desenho do fluxo “como ele é”, desenhado pelos próprios funcionários • “Ninguém olha indicadores de nada. É só reclamação, nada de elogios” • Indicadores só do mês anterior (dificulta gestão) • Não utiliza Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Implantado em poucas unidades. Deveria ter o e-SUS para todos.
Gestão Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de priorizar os problemas • Interferências externas no fluxo de trabalho (Política e Mídia) • Novas estratégias de humanização • Continuidade de projetos • Participação da equipe multiprofissional em treinamentos • Dificuldade de implementação novas estratégias • Existência de administração defensiva (“Evitar ouvidoria”, “TV TEM joga contra, é sensacionalista”) • A pesquisa “o que a população pensa da saúde” deixou a prefeitura “chateada”
Gestão Participativa / Cogestão	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado com modismos • Falta de autonomia para tomada de decisões • Falta de autonomia para gestão financeira Necessidade de imparcialidade da Secretaria de Saúde
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de transição entre UBS e PSF • Faltam reuniões conjuntas entre UBS e PSF • No PSF pratica-se a gestão e a assistência simultaneamente • “Não deveria separar UBS de PSF”

Quadro 1 – Manifestações do grupo focal sobre modelos de gestão (continuação)

Gestão de pessoal na Administração Direta (Itapetininga não tem contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS)	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência dos colaboradores antigos / estabilidade do serviço público (“eles não são punidos, nem bonificados”) • “Não pode advertir, senão abrem processo administrativo” • Pouca delegação (“Prefiro eu fazer”) • Pouco tempo de experiência em cargo de gestão • Necessidade de treinamento (“aprende com colega, “na raça”) • “Faltam trocas de experiências bem-sucedidas” • Necessidade de diálogo para resolver conflitos • Dificuldade dos colaboradores de executar funções delegadas • Dificuldade de passar a informação (“o funcionário não absorve”) • Falta de reconhecimento • Falta comprometimento • Na faculdade de enfermagem tinha disciplina de administração • Coordena todo o pessoal: médicos, terceirizados, administrativos etc.
Organizações Sociais de Saúde (OSS)	<ul style="list-style-type: none"> • O município não tem contratos de gestão como OSS • Resistência dos colaboradores antigos / estabilidade do serviço público (motivo para utilizar OSS)

As ferramentas de gestão, exceto o matriciamento e a regulação, foram elencadas a partir da pesquisa recorrente da Bain & Company, sobre tendências em gestão e uso de ferramentas de gestão. Não houve referências explícitas às ferramentas. O quadro 2 mostra as ferramentas consideradas e as manifestações diretas ou indiretas sobre elas.

Quadro 2 – Manifestações do grupo focal sobre ferramentas de gestão (continua)

FERRAMENTAS DE GESTÃO	DE	MANIFESTAÇÕES
Análise avançada (<i>Advanced Analytics</i>)		<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de indicadores / controle de custos • Retorno de indicadores da Secretaria de Saúde à coordenação • Relatórios sistema e-SUS
Análise de Cenário e planejamento contingencial		<ul style="list-style-type: none"> • Realizado na Secretaria de Saúde
Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Ameaças e Oportunidades)		<ul style="list-style-type: none"> • Alguns coordenadores (as) já fizeram em outros empregos anteriores
Avaliação comparativa (<i>Benchmarking</i>)		<ul style="list-style-type: none"> • Coordenadores (as) com passagem por outras unidades de saúde, públicas ou privadas • Visitas nas unidades de atendimento;
Ciclo PDCA		<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de seguir planejamento diário
Competências essenciais		<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Declaração de missão e valores		<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Diagrama de Ishikawa (Causa e efeito)		<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Diagrama de Pareto		<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Engajamento de funcionários		<ul style="list-style-type: none"> • Resistência dos colaboradores antigos (estabilidade do serviço público) • Falta de reconhecimento • Falta comprometimento • Dificuldade executar funções delegadas • Necessidade de envolvimento da equipe multiprofissional • Comunicação

Quadro 2 – Manifestações do grupo focal sobre ferramentas de gestão (continuação)

Gerenciamento de cadeia de suprimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Não é feita pelas UBS/PSF, embora sejam parte das cadeias de suprimento • Limitado ao estoque da unidade de saúde • Gestão de suprimentos com desperdícios (“Vai que falta”)
Gestão do relacionamento com o cliente (<i>CRM</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de indicadores sobre os pacientes / frequentadores das unidades de saúde
Histograma	<ul style="list-style-type: none"> • Presentes em relatórios com indicadores
Indicadores balanceados (<i>Balanced Scorecard</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de indicadores / controle de custos • Retorno de indicadores da Secretaria de Saúde à coordenação • Relatórios sistema e-SUS
Matriciamento	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de envolvimento da equipe multiprofissional
Orçamento base zero	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Planejamento estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar os problemas • Dificuldade de implementação novas estratégias • Novas estratégias de humanização
Programa de gestão de mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de transição entre UBS e PSF
Reengenharia de processos de negócio	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade nos protocolos • Diversas atribuições dos enfermeiros / sobrecarga de trabalho
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> • Não mencionada
Treinamento e formação de pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos para os líderes • Compartilhamento do cronograma de cursos • Carga horária ineficaz/insuficiente • Participação da equipe multiprofissional em treinamentos • Pouco tempo de experiência em cargo de gestão

Após a discussão sobre as questões norteadoras, os participantes foram convidados a avaliar a dinâmica, e recolhidas as seguintes manifestações:

- “Funcionou como desabafo. Precisamos dessas trocas”;

- “Estou insatisfeita com a própria gestão e do superior”;
- “Serviu para refletir, mas o problema vem de cima”;
- “Nem sempre se expressa. Não compensa o desgaste. O mediador, às vezes, é político”;
- “Não separar a atenção básica, pois têm problemas em comum”;
- “Funcionários comparam com gestora anterior”
- “Vai sair da unidade para conhecer outras unidades. Apoio entre gestores”;
- “No trato com as pessoas, lembrar que aquela pessoa é o amor de alguém”
- “Você gostaria de trabalhar para você mesma?”

DISCUSSÃO

Observa-se que o Sistema Público de Saúde brasileiro vem passando por transformação ao longo dos anos, sendo necessário que os gestores estejam preparados e qualificados para enfrentar os problemas e desafios, deste modo, em busca de identificar os principais desafios enfrentados pelos gestores, através da revisão bibliográfica de quatorze publicações, foi possível identificar os seguintes desafios: falta de planejamento, a integralidade das ações em saúde, a equidade, a universalidade, o financiamento, a burocracia, a descentralização, o trabalho em equipe multiprofissional, a participação popular, a regulação do acesso, a gestão dos recursos humanos, a avaliação e a auditoria e a gestão da qualidade dos serviços.⁸

Com o objetivo de discutir os modelos de gestão na área da saúde, um estudo concluiu que não é mais possível conviver com modelos de gestão baseados na hierarquia e rigidez, sendo necessária a aplicação de modelos de gestão participativos e integrados, desta maneira, destaca a utilização do modelo de gestão estratégica, gestão participativa e gestão da qualidade.⁹

Embasado na análise dos diálogos e respondendo ao objetivo geral da pesquisa foi possível identificar a aplicação de três modelos de gestão, sendo respectivamente pontuada com maior relevância a gestão de processos, seguido pela gestão de pessoas e posteriormente a gestão de qualidade.

A gestão de processos apresentou maior caracterização no estudo, isso se deve a necessidade de estruturação das hierarquias de trabalho e rotinas internas, norteando e sistematizando as demais ações.

Baseado nesse cenário, os gestores públicos devem primeiramente conhecer os problemas a serem enfrentados, agir de maneira flexível, permitindo o planejamento, a estruturação, a organização e a avaliação das ações, constituindo através do conhecimento técnico científico e político institucional conhecimentos e tecnologias de formulação, implantação e avaliação de políticas, planos, programas e projetos que sejam capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida. ⁸

Outro estudo voltado para a gestão em organizações públicas buscou identificar a configuração da gestão de processos, utilizando como metodologia a abordagem a referencial teórico, contextualização das organizações públicas e alinhamento de processos; apresentação de casos de implementação e, por último, a investigação do modo como as publicações atuais vem se posicionando a respeito da temática. O estudo identificou que a gestão de processos pode ser estruturada por meio do mapeamento das atividades e remodelagem das práticas organizacionais. ¹⁰

Observa-se que a gestão por processos é uma metodologia que permite à desburocratização do serviço público, visando o mapeamento de processos, inovação e foco no atendimento as necessidades da sociedade. ¹¹ Portanto, trata-se de uma abordagem sistêmica, atuando com sistemas abertos, que recebem interferência do meio ambiente, incorporando ações que beneficiam o sistema e neutralizando ações maléficas. ¹²

O segundo modelo de gestão citado foi à gestão de pessoas, ressaltando que, após a estruturação dos processos é necessário desenvolver o capital humano, para que a execução das ações seja realizada com qualidade.

A gestão de pessoas apresenta-se como mutável, pois sofre constantes mudanças devido a interferência de fatores ambientais, econômicos, sociais, demográficos e empresariais, sendo necessário o desenvolvimento de novas políticas e práticas. ¹³

Conforme estudo realizado em 2015, com gestores da Estratégia Saúde da Família, utilizando como recursos para coleta de dados a abordagem qualitativa, por meio da observação direta da equipe e entrevistas, identificou que os gestores centralizam a equipe, com predominância da hierarquização e tomada de decisões centrada no gestor, sendo sugestiva a ampliação de momentos de escuta dos trabalhadores no processo de governança compartilhada. ¹⁴

Embasado no estudo desenvolvido com 19 gestores da Supervisão Técnica de Área da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com objetivo de conhecer o perfil de competências dos gestores de UBS e verificar se tais competências favoreciam a implementação dos novos modelos assistenciais e gerenciais, e utilizando o grupo focal para coleta de dados, foi possível identificar que os gestores possuem uma visão simplista que dificulta a implementação de propostas mais eficazes. ¹

Através da análise da produção científica nacional, visando identificar os estilos de gestão e perfil dos gestores, obteve como resultado o desenvolvimento de 25 artigos durante os anos de 2009 a 2014, sendo enfatizado nas pesquisas um modelo de gestão descentralizado e com foco em responsabilidade social, concluindo que um modelo de gestão mais descentralizado e capacitação técnica dos gestores são atributos fundamentais para o bom desempenho do serviço de saúde. ¹³

Outro estudo relevante visando relatar as motivações, concepções e práticas gerenciais, identificou que os principais desafios impostos às organizações envolvem as mudanças culturais e comportamentais, buscando o desenvolvimento do ideal de compartilhamento de informações e do conhecimento. ¹⁴

Os fatores motivacionais também interferem no manejo da gestão de pessoas, pois problemas de evasão e insatisfação permeiam entre os profissionais do setor público. A motivação está relacionada a fatores motivacionais intrínsecos e extrínsecos, dentre eles participação junto à equipe, remuneração e estrutura física. ⁴

A gestão de pessoas deve catalisar os esforços de transformação organizacional, focado na gestão estratégica, gerenciamento da cultura da instituição, desenvolvimento de novas competências, formação de equipes e líderes e envolvimento dos profissionais no processo de transformação. ¹⁵

O terceiro modelo de gestão evidenciado foi a gestão da qualidade, que só se torna possível com a estruturação da gestão de processos, associado à gestão de pessoas.

A contextualização de qualidade vem evoluindo ao longo das décadas, até a Segunda Guerra Mundial a visão era focada na característica física do produto; na década de 1950 houve um aumento na oferta e início da competitividade, sendo questionada a necessidade de aquisição de um determinado produto; na década de 1980 ocorreu a evolução entre qualidade do produto, com baixo custo e concorrência, deste modo, a qualidade é considerada um fator de mercado em que os clientes

buscam segurança, qualidade física ou técnica do produto oferecido e custo competitivo, exigindo excelência nos serviços. ¹⁶

Considerando a importância da qualidade para as organizações e focando especificamente nas organizações públicas, procura-se identificar o conceito de qualidade que mais influencia a percepção dos usuários quanto à qualidade de um serviço público, utilizando como indicador a qualidade como excelência, qualidade como valor, qualidade como conformação de especificações, qualidade como atendimento e/ou superação das expectativas dos clientes. ¹⁷

Conforme demonstrado em estudo de natureza qualitativa e de caráter bibliográfico e, com o objetivo de demonstrar a sua interferência na gestão em saúde, observou-se que o processo de qualidade se destaca como um instrumento que se enquadra na atual situação do mercado de saúde visando a aplicação de novas tecnologias médicas, redução de custos e atendimento as exigências dos clientes. ¹⁸

Outro estudo direcionado a temática encontrou como resultado, nas evidências bibliográficas no período de 1992 a 2012, que os profissionais de saúde reconhecem a importância da implementação da gestão da qualidade como metodologia gerencial para controle dos processos de trabalho e concordam que é necessário o envolvimento e acompanhamento da alta gestão para qualificação desses processos, associado a valorização do capital humano. ¹⁹

Para o paciente, conforme demonstrado em pesquisa realizada com 207 cidadãos por meio de metodologia descritiva do tipo *survey* e com abordagem quantitativa, encontrou após análise dos dados, que a percepção do cidadão está relacionada ao conceito de qualidade como conformação de especificações, ou seja, foco no produto, redução de perdas/desperdícios, produto livre de deficiência. ²⁰

Após a classificação dos modelos de gestão, foi possível evidenciar as principais ferramentas utilizadas pelos gestores para nortear as suas ações e tomadas de decisão.

CONCLUSÃO

Portanto, por meio do grupo focal foi possível identificar a aplicação de três modelos de gestão: gestão de processos, gestão de pessoas e gestão de qualidade; e dezoito ferramentas de gestão, sendo as mais utilizadas o sistema de envolvimento de funcionários, indicadores balanceados, diagrama de Ishikawa e gestão da qualidade total, desta maneira, observou-se que a gestão em saúde é alcançada através de instrumentos de planejamento, organização, coordenação e controle.

Baseado nos dados encontrados foi trabalhado junto a Secretaria de Saúde a revisão do Manual Gerencial das Unidades Básicas de Saúde o Município de Itapetininga, posteriormente realizado uma Oficina com toda a equipe de enfermagem em dia estratégico, ou seja, no sábado, dia este que as Unidades de Saúde estão fechadas proporcionando maior número de participantes. Nesta Oficina foi trabalhado em forma de dinâmicas que provocasse uma reflexão nos aspectos de planejamento e organização do serviço.

A Oficina teve aspecto positivo e impacto no fluxo de trabalho de algumas Unidades de Saúde, aceitação melhor das equipes nas mudanças como objetivos de melhorias.

Foi utilizado também, como estratégia, o estímulo a reuniões mais frequentes tanto das equipes locais das Unidades de Saúde quanto com os coordenadores e a Secretaria de Saúde, sempre trazendo nas pautas uma reflexão com frases de efeitos sobre liderança.

Mudança da cultura da coordenação em nível da Secretaria de Saúde, antes todos os assuntos ou dificuldades os coordenadores se deslocavam até a Secretaria de Saúde ou as somente em reuniões mensais, hoje a coordenação geral faz visitas periódicas as Unidades de Saúde proporcionando a identificação das dificuldades em loco e um diálogo com equipe local das possibilidades de resolução.

Ocorre também estímulo de diálogo e troca de informações entre os coordenadores criando uma rede de apoio.

Está no planejamento um cronograma de visitas técnicas entre as próprias coordenadoras em todas as Unidades de Saúde com objetivo de conhecer e fortalecer a rede de apoio, estimulando a empatia entre os coordenadores.

Verifica-se a necessidade de desenvolvimento de novas pesquisas sobre a temática, visando a divulgação dos modelos e ferramentas de gestão, proporcionando aos gestores um conhecimento sobre qual recursos utilizar, tendo em vista que muitas

ferramentas são utilizadas indiretamente e os gestores não possuem habilidade para a sua aplicação.

REFERÊNCIAS

1. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP. 2007;47(Esp):835-40.
2. Junqueira LAP, Alvares FC, Corá MAJ. Saúde pública e parcerias intersetoriais: avaliação da percepção da prestação de serviços públicos de saúde pelos profissionais de saúde. Rev Interdisc Gestão Soc RIGS. 2014;3(1):241-58.
3. Barboza LF, Costa SRRC. Modelos de gestão e modelos de referência. In: IX Convibra Administração. Congresso Virtual Brasileiro de Administração [Internet]. 2012 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://fdocumentos.tips/document/titulo-modelos-de-gestao-e-modelos-de-refere-2012-07-12-modelos-de-gestao.html>
4. Melo HS, Segantini GT, Araújo AO. Modelos de gestão e perfil de gestores: uma análise das publicações científicas do portal da CAPES [Internet]. Natal: Universidade Federal de Rio Grande do Norte; 2015 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets//upload/papers/heloisa1859paper.pdf>
5. Chiavenato I. Introdução a teoria geral da administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2011.
6. Cunha ICKO, Neto FRGX. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):479-82.
7. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações sociais do setor de saúde no Estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. Serv Soc Soc. 2017;1(1):547-53.
8. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. Rev Gestão Sistem Saúde. 2015;4(1):100-9.

9. Tamada RCP, Barreto MFS, Cunha ICKO. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. In: X Convibra Administração. Congresso Virtual Brasileiro de Administração [Internet]. 2013 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5641253-Modelos-de-gestao-em-saude-novas-tendencias-responsabilidades-e-desafios.html>
10. Oliveira JM, Grohmann MZ. Gestão por processos: configurações em organizações públicas. *Pensamento Realidade*. 2016;31(1).
11. Trindade LH, Trindade CG, Nogueira ECOR. Lacunas na pesquisa em gestão de pessoas: uma proposta de agenda para pesquisas futuras. *Perspect Gestão Conhec*. 2015;5(1):169-83.
12. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS, Freitas EC. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2015; 39(104).
13. Carneiro CCG, Martins MIC. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2014;13(1).
14. Klein AF, Mascarenhas AO. Motivação, satisfação profissional e evasão no serviço público: o caso da carreira de especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. *Rev Adm Pública*. 2016;50(1):17-39.
15. Alvarenga N, Barbosa RR, Pereira HJ. Gestão do conhecimento ou gestão de organizações da era do conhecimento: um ensaio teórico-prático a partir de intervenções na realidade brasileira. *Perspec Ciênc Inform*. 2007;12(1):3-18.
16. Ávila LV, Stecca JP. *Gestão de pessoas*. Santa Maria: Colégio Politécnico UFSM; 2015.
17. Lobo RN. *Gestão da qualidade*. 2ª ed. São Paulo: Ética; 2020.
18. Pereira GS, Pereira SS. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde*. 2015;1(1):109-17.
19. Novaes C, Lasso S, Mainardes EW. Percepções de qualidade do serviço público. *Rev Pensamento Contemp Adm*. 2015;9(1):107-23.
20. Silva K, Moreira JAA, Vasconcelos LT, Oliveira LL, Coimbra CK. Gestão da qualidade total nos serviços de saúde: modelo gerencial em desenvolvimento. *Rev Eletr Gestão Saúde*. 2015;1(1):617-32.

REFERÊNCIAS

1. Chiavenato I. Introdução a teoria geral da administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 2011.
2. Barboza LF, Costa SRRC. Modelos de gestão e modelos de referência. In: IX Convibra Administração. Congresso Virtual Brasileiro de Administração [Internet]. 2012 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://fdocumentos.tips/document/titulo-modelos-de-gestao-e-modelos-de-refere-2012-07-12-modelos-de-gestao.html>
3. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP. 2007;47(Esp):835-40.
4. Junqueira LAP, Alvares FC, Corá MAJ. Saúde pública e parcerias intersetoriais: avaliação da percepção da prestação de serviços públicos de saúde pelos profissionais de saúde. Rev Interdisc Gestão Soc RIGS. 2014;3(1):241-58.
5. Melo HS, Segantini GT, Araújo AO. Modelos de gestão e perfil de gestores: uma análise das publicações científicas do portal da CAPES [Internet]. Natal: Universidade Federal de Rio Grande do Norte; 2015 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://seminario2015.ccsa.ufrn.br/assets//upload/papers/heloisa1859paper.pdf>
6. Cunha ICKO, Neto FRGX. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto Contexto Enferm. 2006;15(3):479-82.
7. Pimentel SNC. Gerência dos Serviços de Saúde em atenção primária realizada pelo enfermeiro [trabalho de conclusão de curso]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 28 f. Especialização em Saúde da Família.
8. Tamada RCP, Barreto MFS, Cunha ICKO. Modelos de gestão em saúde: novas tendências, responsabilidades e desafios. In: X Convibra Administração. Congresso Virtual Brasileiro de Administração [Internet]. 2013 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5641253-Modelos-de-gestao-em-saude-novas-tendencias-responsabilidades-e-desafios.html>
9. Stadler A, Paixão MV. Modelos de gestão. Curitiba: Instituto Federal do Paraná; 2012.
10. Alvarenga N, Barbosa RR, Pereira HJ. Gestão do conhecimento ou gestão de organizações da era do conhecimento: um ensaio teórico-prático a partir de intervenções na realidade brasileira. Perspec Ciênc Inform. 2007;12(1):3-18.
11. Pereira GS, Pereira SS. A importância da qualidade do serviço na gestão hospitalar. Rev Eletrôn Atualiza Saúde. 2015;1(1):109-17.
12. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo Saúde. 2011;35(5):319-31.

13. Branco JP, Simioni FJ, Siqueira ES. Planejamento estratégico e a saúde pública: um estudo do programa saúde da família. In: XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. São Carlos: ABEPRO; 2010.
14. Damázio LF. Os desafios da gestão estratégica na saúde. Fundação Dom Cabral [Internet]. 2013 [acesso em 5 mar. 2020]. Disponível em: <http://acervo.ci.fdc.org.br/AcervoDigital/FDC%20Executive/2013/FDCexecutive1306.pdf>
15. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. Saúde Soc. 2012;21(1):71-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão Participativa e Cogestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
17. Brasil. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
18. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2015.
19. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde [Internet]. [acesso em 24 mar. 2018]. Disponível em: http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf
20. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007;21(2):164-76.
21. Souza LEF. O SUS hoje: como preservar as conquistas e vencer os desafios: uma contribuição ao debate. In: Simpósio Nacional de Saúde [Internet]. Brasília (DF): 2015 [acesso em 5 mar. 2020]. p. 1-17. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2015/06/Luis_Eugenio_Simposio_Nacional_Saude_JUN2015.pdf
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
23. Brasil. Ministério do Planejamento. UBS: Unidade Básica de Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 24 mar. 2018]. Disponível em: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>
24. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Internet]. [acesso em 5 mar. 2020]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

25. Ferreira AG. Programa de estruturação física para a atenção básica: requalifica UBS: investimento em acesso e qualidade [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
26. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18.
27. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 783-836.
28. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde: para entender a gestão do SUS*. Brasília (DF): CONASS; 2011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde [Internet]. 2018 [acesso em 8 abr. 2018]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o componente de construção do programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html
31. Jabbur MFLO. O enfermeiro e a gestão dos serviços de enfermagem [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Universidade Tuiuti do Paraná, 2011.
32. Martins EG, Sanna MC. A produção científica sobre administração em enfermagem no Brasil no período de 1947 a 1972. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):235-9.
33. Souza A, França ACA, Loylo J, Santos SPM. *Teorias da administração*. São Paulo: Anhanguera Educacional; 2013. p. 1-10.
34. Fundação Nacional de Qualidade. *Ferramentas de gestão*. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade; 2015.
35. Silva BG. Ferramentas básicas da qualidade em saúde. *HM Doctors* [Internet]. 2013 [acesso em 15 abr. 2018]. Disponível em: <http://www.hmDoctors.com/2013/ferramentas-basicas-da-qualidade-na-saude/>
36. Silva AA, Silva NS, Barbosa VA, Henrique MR, Baptista JA. A utilização da matriz SWOT como ferramenta estratégica: um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo. In: VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 19 a 21 out. 2011. Resende: AEDB; 2011

37. Alves EAC. O PDCA como ferramenta de gestão da rotina. In: XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 13 e 14 ago. 2015. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2015.
38. Subprocuradoria Geral da Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional. Curso para gestão de processos – Módulo I – mapeamento e melhoria de processos do MP-PR. Curitiba: SubPlan; 2014.
39. Banas F. Ferramentas da qualidade: Diagrama de Pareto [Internet]. 2016 [acesso em 9 mar. 2020]. Disponível em: <http://revistas.banasqualidade.com.br/FGQ2/files/assets/common/downloads/publication.pdf>
40. Xavier ESRCM, Cagnin LG, Coeli VC. Gerenciamento de tempo: conceito e tipos de histograma. PMKB [Internet]. 2017 [acesso em 9 mar. 2020]. Disponível em: <https://pmkb.com.br/artigos/gerenciamento-de-tempo-conceito-e-tipos-de-histograma/>
41. Rigby DK. Management tools 2017: an executive's guide. Boston: Bain; 2017.
42. Pegoraro RF, Cassimiro TJJ, Leão NC. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicol Est.* 2014;19(4):621-31.
43. Fonseca Sobrinho D, Machado ATGM, Lima ÂMLD, Jorge AO, Reis CMR, Abreu DMX, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate.* 2014;38(esp.):83-93.
44. Silva AD, Sonzogno MC. O apoio matricial na saúde mental. In: Silva GTR, Santana MS, organizadores. *O agir em saúde mental: política, atenção e formação.* Salvador: Atualiza; 2014. p. 165-177.
45. Matta GC, Morosini MVG. *Atenção primária à saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
46. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A regulação no SUS: alguns conceitos* [Internet]. Brasília (DF): CONASS; 2016 [acesso em 9 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>
47. Pilotto BS, Junqueira V. Organizações sociais do setor de saúde no Estado de São Paulo: avanços e limites do controle externo. *Serv Soc Soc.* 2017;1(1):547-53.
48. Mendes JVD, Bittar OJNV. Hospitais gerais públicos: administração direta e organização social de saúde. *BEPA.* 2017;14(164):33-47.
49. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAF. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(1):1-13.

50. Ferreira CAL. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. Rev Mosaico. 2015;8(2):173-82.

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, Eliane Cristina Pereira Borges, matriculada no Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde da Pontifca Universidade Católica de São Paulo, venho convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada "**GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE EM ITAPETININGA: PRÁTICAS E PROPOSTAS**".

Os objetivos deste estudo são:

GERAL

- Realizar um diagnóstico dos modelos de gestão presentes nas Unidades de Saúde de Itapetininga.

ESPECÍFICOS

- Identificar as potencialidades e fragilidades de cada modelo;
- Identificar se os coordenadores(as) utilizam modelos\ferramentas de gestão ditas corretas na literatura;
- Verificar resultados de intervenção compartilhada para sanar as fragilidades junto equipe de gestores.

Para alcançar esses objetivos solicitamos que você participe de um grupo focal que será realizado com os coordenadores(as) das Unidades de Saúde de Itapetininga, em 06 (seis) de dezembro de 2018 as 16:00, com duração máxima de 120 minutos. As informações serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas na integra.

Local: R. Plácido Cardoso, 140 - Jardim Mesquita, Itapetininga - SP, 18213-530 - Sala de reunião da Vigilância Epidemiológica.

O conteúdo das discussões será confidencial, sigiloso e estará sob minha responsabilidade, utilizado somente como fonte de pesquisa do estudo proposto, podendo os resultados serem apresentados em eventos e/ou publicados em revistas científicas.

No momento do grupo focal cada participante poderá escolher sua identificação baseados em cores, ou preferir em outra denominação, como por exemplo flores, com intuito de preservar a identidade, facilitando, porém, sua identificação sonora de voz no momento da transcrição da fala, já que o encontro terá áudio gravado.

Para participar do estudo você precisa concordar e assinar este TCLE. Você não é obrigado a participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso retirar seu consentimento da pesquisa, mediante a solicitação à

pesquisadora responsável, que excluirá seus dados e respostas. A recusa em participar não trará qualquer consequência a você.

Se tiver dúvidas, preocupações ou reclamações sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Eliane Cristina Pereira Borges, pessoalmente na Rua Engenheiro Caio Dias Batista, 85 - Vila Regina, Itapetininga\SP, pelo e-mail: liacrisborges@hotmail.com ou pelo telefone (15) 9 9759. 3006.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde PUC/SP aprovou este estudo e caso necessite de outros esclarecimentos ou tenha algo a comunicar ao Comitê, o endereço é Rua Joubert Wey, 290 – Sorocaba/SP e o telefone para contato: (15) 3212.9896, em horário comercial.

Uma das cópias deste TCLE será mantida em arquivo pela pesquisadora responsável pelo estudo e você também receberá uma cópia assinada pela pesquisadora. Sua participação na pesquisa não lhe acarretará custos e não haverá compensação financeira adicional.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____, com RG: nº _____, após a leitura (ou escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora para esclarecer as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido e dos esclarecimentos sempre que desejar. Estou ciente também de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL**GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM ITAPETININGA: CONCEITOS, PRÁTICAS E PROPOSTAS****Informações gerais**

Assinale com um **X** a resposta que identifica seu perfil profissional e a instituição de atuação.

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Faixa de idade:

Até 25 anos

De 25 a 35 anos

De 35 a 45 anos

De 45 a 60 anos

Acima de 60 anos

3. Pós graduação:

Não

Sim

Qual? _____

4. Tempo em que você está na instituição de trabalho:

1 ano ou menos

mais de 1 a 3 anos

mais de 3 a 5 anos

mais de 5 a 10 anos

mais de 10 anos

APÊNDICE C - QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL

1. Como é a coordenação na sua unidade de saúde?
2. Quais as maiores dificuldades enfrentadas?
3. Quais as potencialidades?
4. A Secretaria de Saúde é parceira na sua gestão?
- 5.

APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DO CONTEÚDO DO GRUPO FOCAL

MODERADOR: *Como acontece a gestão na unidade de saúde e da Estratégia Saúde da Família?*

TULIPA: *Gestão voltada para relação pessoal, com dificuldade de implantar estratégias novas devido funcionários antigos, as vezes com mais de 20 anos [...] está há pouco tempo na coordenação e precisa trabalhar a questão de colaboração com a equipe, colaboração que as vezes falta, pois, o funcionário tem como cultura a estabilidade do funcionário público.*

DÁLIA: *Precisa saber lidar com os conflitos da equipe e com os pacientes, [...] relação dos funcionários usarem a questão da estabilidade, está participando do curso de formação de líderes fornecido pela secretaria de saúde, [...] preocupação maior é resolver problemas para que não chegue na secretaria.*

JASMIM: *Por se tratar muitas vezes... ter funcionários há muito tempo na instituição eles ficam estagnados e aí conflita com gestores novos.*

ROSA: *Também tem essa dificuldade de estar pouco tempo na coordenação, e ter que liderar funcionários antigos, por estar em uma transição de fluxo de trabalho, de UBS para PSF, ocorreu ruptura na equipe que estava, vários funcionários foram para outras unidades e recebeu funcionários novos.*

DÁLIA: *Acredito que quem já trabalhou na área hospitalar tem melhor preparo para trabalhar na atenção primária, devido complexidade que hospital tem.*

LÍRIO: *Na estrutura de PSF não tem opção de ser ou não coordenadora, você é obrigado a ser coordenador e assistencial ao mesmo tempo, precisa se desdobrar para dar tempo de fazer tudo... queimou uma lâmpada, mato cresceu, equipe, problemas de guia... tudo é o enfermeiro que tem que resolver, outras cidades seja, UBS ou PSF, sempre tem coordenador e enfermeiros assistenciais.*

BROMÉLIA: *Estou passando por uma transição de UBS para PSF, sempre tem de dar atenção há várias situações, exemplo... a comunidade estava com equipe antiga, muitos funcionários foram transferido e vieram novos, porem alguns ainda ficaram, por muitas vezes uma situação simples vira um conflito, diálogo sempre melhor remédio, mas transição está sendo tranquila por faço a coordenação mais tenho outras enfermeiras para me dar suporte na assistência ou quando não estou lá.*

JASMIM: *Eu pelo contrário estou sozinha na unidade, até delego atividades como estoque, mais ainda precisa da minha assinatura... sinto falta de dedicação da equipe em vários momentos.*

TULIPA: *Também deleguei pedido dos materiais ao técnico de enfermagem, mas observei pedido exagerado de alguns itens, demonstra falta de entendimento por parte do técnico sobre gestão, não tem noção sobre previsão e provisão, exigindo mais do coordenador.*

DÁLIA: *Nós acabamos abraçando tudo, fica sobrecarregada.*

MARGARIDA: *O PSF tem por lei uma quantidade certa de pacientes para atender, porem desde 2015 o número de pacientes vem aumentando e as equipes não são compostas, sobrecarrega equipe que está atuando.*

MODERADOR: *Como vocês lidam com essas situações que estão citando, sobre dificuldade em delegar e sobrecarga, a quem se reportam?*

DÁLIA: *Levo para Liliane (diretora DAS – Departamento de Atenção à Saúde), que também está sobrecarregada.*

CRAVO: *Tento priorizar os problemas...escutar o paciente ou funcionário para resolver.*

DÁLIA: *Faço planejamento para o dia seguinte, mas muitas vezes não dá certo.*

VIOLETA: *Fico apagando fogo e isso atrapalha o planejamento.*

MARGARIDA: *Priorizo resolver os problemas para evitar que a reclamação chegue a ouvidoria ou secretaria de saúde [...] enfermeiro parece um bombeiro, também temos que lidar com questões políticas, faço cobertura de férias e vivo a realidade de todos, são sempre os mesmos problemas, também temos a TV, mídia que atua contra, sensacionalista, interfere na gestão [...] teve administração na faculdade, porém a realidade é difícil.*

MODERADOR: *Como acontece as decisões?*

DÁLIA: *Tenho 64 funcionários, nas decisões costumo consultar a equipe, não trabalho sozinha... uma equipe de enfermeiros, médico, dentista, TSB (técnica de saúde bucal), administrativo, limpeza... o importante é a comunicação.*

JASMIM: *Sempre “tomo” as decisões em conjunto, repasso as decisões importantes que vem da secretaria de saúde, tenho resultados positivos com a comunicação, porém as vezes os funcionários passam há não absorver as informações.*

BROMÉLIA: *Enfrento conflitos de funcionários antigos e novos, precisei impor algumas coisas, as vezes o funcionário ou paciente não entende as necessidades das mudanças, [...] precisa de equipe participativa, sempre procuro deixar claro que as mudanças são necessárias para melhoria do serviço.*

TULIPA: *quando a equipe vê elogios que a melhoria trouxe, eles gostam... equipe é reconhecida, dão valor... tinha equipe resistente, porém com diálogo e reconhecimento melhorou, sempre cobro organização.*

JASMIM: *Sair do comodismo traz pontos positivos e negativos.*

TULIPA: *Realizei curso sobre gestão, tive que fazer um projeto de melhoria de fluxo, juntei a equipe e construímos juntos, isso trouxe maturidade para equipe.*

MODERADOR: *Como vocês fazem para implantar novas inovações?*

ROSA: *Temos autonomia, porém sinto falta de indicadores que demonstram essas melhorias, ninguém mede nada, não tem monitorização por parte da secretaria em relação nossa gestão ou serviços.*

DÁLIA: *Discordo acho que eles (Secretaria de saúde) vigiam.*

TULIPA: *Tenho como experiência do outro serviço onde tudo era medido e cobrado, aqui sinto falta das informações como, por exemplo, sobre o gasto entre outros.*

BROMÉLIA: *Senti falta também de padronizações para alguns procedimentos de assistência, custo e gastos.*

MARGARIDA: *Às vezes encontramos mais gazes na casa do paciente do que na UBS, sinto falta de instrumento de gestão financeira.*

MODERADOR: *Como é a questão da avaliação da sua gestão?*

ROSA: *Quando não tem reclamação é porque está tudo bem.*

VIOLETA: *Não tem reclamação, não tem cobrança, está tudo bem.*

TULIPA: *Na instituição tem uma avaliação de estágio probatório, mas acho vazio, já fiz esse apontamento para psicóloga (atua no departamento pessoal), não podemos punir o funcionário, mas também não podemos bonificar, quanto a*

necessidade de advertir também não pode, temos que mandar para secretaria de saúde para abrir sindicância, causa desgaste, uma exposição do coordenador.

MARGARIDA: [A] Secretaria de saúde coloca panos quentes.

ROSA: *Questiono a Secretaria de saúde quando não cobram resultados da coordenação, alimentam o sistema, mas não tem uma devolutiva por parte da Secretaria.*

DÁLIA: *Levantamento da produção é feito pela Renata Amaral, recebo mais não tenho tempo, ajuda... ferramenta para avaliar.*

ROSA: Todos estão de parabéns por não ter reclamações.

MARGARIDA: *Nas reuniões de coordenação sempre tem pontos falhos na produção, porém não tem elogios.*

JASMIM: *Uma vez faltou informações na digitação da produção, mas não foi cobrada pela falha, descobriu sozinha o erro.*

BROMÉLIA: Sento falta [do] setor de qualidade.

JASMIM: Acho que os formulários deveriam ser melhorados.

MODERADOR: *Como vocês apontam as dificuldades?*

JASMIM: *Compartilho [a] dificuldade no WhatsApp.*

BROMÉLIA: *Nas reuniões dos coordenadores.*

TULIPA: *Já utilizo sistema do e-SUS, consigo gerar relatórios do sistema, tem prontuário eletrônico, ajuda na gestão porque tem acesso as informações através do relatório.*

ROSA: *Acho importante a secretaria de saúde montasse os indicadores, por exemplo, quantas coletas de prevenção seriam corretas para uma certa população.*

TULIPA: *Gostei muito da nova estratégia da vigilância epidemiológica que organizou município por áreas, realiza reuniões mensais e compartilha informações e indicadores da área, por exemplo casos de dengue, óbito e HIV, dá para utilizar como uma ferramenta de gestão.*

ROSA: *Também gostei, é a unidade que alimenta com informações para vigilância epidemiológica, isto é uma devolutiva do que fazemos.*

DÁLIA: *Acho o sistema atual falho, já o e-SUS que futuramente vai ser instalado em todas as unidades é bom.*

ROSA: *Melhorei em 66% a coleta do exame de prevenção, mas ninguém reconheceu essa melhora.*

MODERADOR: *Como vocês acham que poderia ser feito essa troca de informações?*

ROSA: *Treinamento contínuo do sistema, [e] troca de informações.*

LÍRIO: *Poderia ser em rodas de conversas.*

JASMIM: *Visitas das responsáveis pelos programas, como hiperdia ou de pré-natal.*

ROSA: *Acho que PSF está mais assistida que as UBS.*

VIOLETA: *Responsáveis pelos programas iniciaram as visitas nas unidades, mas dispersou...deveria ser rotina, por muitas vezes o coordenador é cobrado, mas o enfermeiro do programa não.*

ROSA: *Não tem uma padronização, cada um faz de um jeito.*

TULIPA: *Ocorrem mudanças em protocolos, mas não condiz com [a] realidade, às vezes dificultam fluxo, como uma vez que tiraram da responsabilidade do enfermeiro a solicitação de exames no pré-natal, com isto há necessidade [de] aumentar [a] oferta vagas de consulta médica...aí voltaram atrás, fazem protocolo, mas não discute.*

DÁLIA: *Os protocolos ajudam e respalda a assistência, sempre tenta cobrir máximo possível.*

BROMÉLIA: *Na assistência particular não existe protocolo.*

ROSA: *Houve um treinamento nos protocolos, mas hoje a equipe mudou.*

BROMÉLIA: *Venho da rede hospitalar e os protocolos me ajudaram a compreender o processo.*

MODERADOR: *Como ocorrem os treinamentos, capacitações ou educação permanente?*

TULIPA: *Está tendo curso de líderes, mas não são todos que participam, a Secretaria de Saúde compartilha agenda com cronograma.*

MODERADOR: *Como ocorre o treinamento dos funcionários novos?*

ROSA: *Acho ineficaz, é meio período para passar tudo, muitas mudanças, acho que poderia ser melhor analisado pela chefia.*

DÁLIA: *Relatório financeiro entregue em reuniões, serve para nortear nossa gestão, exemplo diminuir custo da energia.*

BROMÉLIA: *Agora está vido cultura de números, talvez pelo Ministério da Saúde.*

MODERADOR: *Algo mais? Sugestões?*

ROSA: *Melhor análise da Secretaria de Saúde.*

VIOLETA: *Queria ter mais informações financeiras e treinamento para analisar e usar.*

BROMÉLIA: *Gostaria de mais informações, mas temo não ter tempo para analisar e planejar mudanças.*

MODERADOR: *Como poderia fazer para alcançar soluções?*

ROSA: *Hoje mesmo foi proposto um novo trabalho em relação [a] humanização.*

BROMÉLIA: *Dificulta porque não há uma continuidade dos projetos de melhoria.*

MARGARIDA: *Não vê comprometimento nos treinamentos, médicos muitos desinteressados, teve um dia de treinamento com a responsável do programa de doenças não transmissíveis e os médicos foram embora, vejo muita dificuldade de implantar devido desinteresse dos funcionários, médicos e até [os] próprios pacientes.*

ROSA: *Tenho outro problema, se eu organizar e funcionar [o] programa do hiperdia vai aumentar o quantitativo de exames.*

DÁLIA: *Reuniões dos coordenadores deveria ser junto, UBS e PSF, temos oportunidade de melhorar [a] comunicação.*