

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS CONTÁBEIS
MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

**A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA, LIMA DUARTE E BOM JARDIM DE
MINAS**

VANESSA CHICRI SALAZAR CHEBLI

JUIZ DE FORA

2019

VANESSA CHICRI SALAZAR CHEBLI

**A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA, LIMA DUARTE E BOM JARDIM DE
MINAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal de Juiz de Fora (FACC-UFJF), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Indivíduos, Organização e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Brigato Ésther

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Chebli, Vanessa Chicri Salazar.

A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA, LIMA DUARTE E BOM JARDIM DE MINAS / Vanessa Chicri Salazar Chebli. -- 2019.

103 p.

Orientador: Angelo Brigato Ésther

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Administração e Ciências Contábeis. Programa de Pós-Graduação em Administração, 2019.

1. Identidade gerencial. 2. Função gerencial . 3. Gestor Público da Saúde. 4. Sistema Único de Saúde . I. Ésther, Angelo Brigato, orient. II. Título.

VANESSA CHICRI SALAZAR CHEBLI

A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA, LIMA DUARTE E BOM JARDIM DE MINAS

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora do Curso de Pós-Graduação em Administração – Área de concentração Gestão das Organizações, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Mestre em Administração.

Aprovada em: 26/07/2019.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Angelo Brigato Ésther
Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Virgílio César da Silva e Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof.ª Dr.ª Kely Cesar Martins de Paiva
Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Concluir esta etapa tão simbólica da minha vida não foi fácil. Agradeço a Deus, por ter me dado forças quando o cansaço se sobrepunha e eu pensava que não seria capaz de finalizar este trabalho.

Agradeço ao meu amado pai, Ivan Chebli, que além de ter sido a grande inspiração para o desenvolvimento desta temática, foi também meu maior incentivador e financiador durante a pós-graduação. Obrigada, pai, por ter me permitido estudar em um dos piores períodos da história do nosso país. Você será sempre e sempre minha razão de querer progredir.

Meus sinceros agradecimentos a minha avó Lurdinha, minha madrinha Celina, minha mãe Monique, meu irmão, Pedro Chebli, meu tio Júlio e demais familiares que torceram e torcem sempre pelo meu sucesso pessoal e profissional.

Ao meu amor, Pedro Santos Almeida, que além de ser um exímio professor e pesquisador, comemorou ao meu lado todas as minhas conquistas acadêmicas e profissionais, mas principalmente, soube compreender meus dias de cansaço, de tristeza e até de ausência, inerentes ao processo. Tenho certeza que estamos apenas iniciando nossa caminhada e parceria!

Ao meu professor, orientador, mas, sobretudo, amigo e fonte de inspiração: Professor Dr. Angelo Brigato Ésther. Quando tive a chance de reingressar na Universidade Federal de Juiz de Fora como mestranda, não tive dúvidas que você seria a ponte para a realização deste sonho. A você, dedico a frase de Isaac Newton: “Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre ombros de gigantes.”.

Um agradecimento especial aos professores do PPGA com quem tive a oportunidade de aprender e crescer, mas principalmente aos meus amigos que vivenciaram todas as árduas etapas deste mestrado: Aline, Beatriz, Vinicius e Danilo, companheiros de noites mal dormidas, resumos, listas de exercícios, mas também muitas risadas e dias de diversão garantida!

Dedico também aos meus amigos que não participaram diretamente do processo do mestrado, mas contribuíram sendo o que são na minha vida. Emília, Priscila, Ana Karla, Débora, Moreira, Aline, Juliana, Lúcia, Toto e tantos outros especiais! Obrigada!

Aos gestores municipais de saúde da microrregião estudada, bem como os prefeitos, conselheiros e representante do Ministério Público, que com toda boa vontade e paciência, concederam as entrevistas para este trabalho.

Por fim, agradeço aos companheiros da Academia de Polícia Civil que me assistiram lutar para conciliar minha formação profissional com o final desta dissertação, sem me deixarem desanimar ou desistir!

Obrigada!

Metamorfose Ambulante (Raul Seixas)

*Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Eu quero dizer
Agora o oposto do que eu disse antes
Eu prefiro ser
Essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Sobre o que é o amor
Sobre o que eu nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela
Amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio
Amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator
É chato chegar
A um objetivo num instante
Eu quero viver
Nessa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo*

“Identidade é movimento, é desenvolvimento concreto. Identidade é metamorfose”
(CIAMPA, 1984, p.74).

RESUMO

Com a Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde foi instituído tendo a descentralização da gestão para o município como um de seus princípios organizativos, o que conferiu destaque para o gestor municipal de saúde. Para o planejamento, execução e acompanhamento das atividades e políticas organizacionais, tanto na esfera pública como privada, tem-se a figura do gestor. No caso específico da saúde, o secretário municipal sofre pressões de ordem econômica, burocrática e política. O trabalho gerencial é temática na área dos estudos organizacionais, cujo enfoque foi majoritariamente voltado para a compreensão de papéis, funções, tarefas e comportamento, ficando pouco explorados, pontos como a subjetividade, a complexidade e os dilemas da função. No bojo desta discussão, emerge a questão da identidade desses sujeitos. Por definição, a identidade é construída e reconstruída ao longo da vida, a partir das relações sociais estabelecidas nos diversos grupos que fazemos parte, inclusive o do trabalho, foco deste estudo. Assim, o objetivo central foi descrever como os gestores municipais da saúde constroem sua identidade gerencial. A pesquisa foi realizada na microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas, utilizando a metodologia qualitativa, a partir de entrevistas semi-estruturadas com os três gestores municipais de saúde, os três conselheiros municipais de saúde, representantes do segmento dos usuários e o representante do Ministério Público atuante na região. Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, estabelecendo categorias com base nos discursos e no referencial teórico. Os resultados mostram que os gestores precisam lidar com o contingenciamento e o subfinanciamento do SUS, além da interferência do poder Judiciário, o que desorganiza o planejamento e o dia-a-dia das secretarias. Em contrapartida, sentem-se realizados quando alcançam o objetivo de auxiliar os usuários em suas diversas demandas de saúde. Os atores sociais entrevistados destacaram alguns atributos do gestor municipal da saúde, tais como o “ser técnico”, “apagador de incêndio”, “burocrata”, entre outros, que foram extraídos para a compreensão dessa identidade gerencial a partir de dois eixos a que se refere Dubar (2005): a identidade social real e a identidade social virtual. Apesar da tentativa dos entrevistados em mostrar distanciamento do atributo “ser político” no exercício da função, uma vez que há a necessidade de estar em constante negociação com os diversos atores sociais, há que se desmistificar a ideia de gestores públicos dotados somente de uma racionalidade técnica, e sim considerar a clara dimensão política da função.

Palavras-chave: Identidade Gerencial; Função Gerencial; Gestor Público da Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

With the Federal Constitution of 1988, health became a right of all and duty of the State. The Unified Health System was instituted with the decentralization of management to the municipality as one of its organizational principles, which highlighted the municipal health manager. For the planning, execution and monitoring of organizational activities and policies, both in the public and private spheres, one has the figure of the manager. In the specific case of health, the municipal secretary suffers from economic, bureaucratic and political pressures. The managerial work is thematic in the area of organizational studies, whose focus was mostly on the understanding of roles, functions, tasks and behavior, being little explored, such as subjectivity, complexity and the dilemmas of function. In the bulge of this discussion, the question of the identity of these subjects emerges. By definition, identity is constructed and reconstructed throughout life, based on the social relations established in the various groups that we are part of, including that of work, the focus of this study. Thus, the central objective was to describe how the municipal health managers construct their managerial identity. The research was carried out in the micro-region of Juiz de Fora, Lima Duarte and Bom Jardim de Minas, using the qualitative methodology, based on semi-structured interviews with the three municipal health managers, the three municipal health councilors, users and the representative of the Public Prosecutor's Office in the region. To analyze the data, we used content analysis, establishing categories based on the discourses and the theoretical reference. The results show that managers need to deal with SUS contingency and underfunding, in addition to interference from the judiciary, which disorganizes the planning and day-to-day work of the secretariats. On the other hand, they feel fulfilled when they reach the goal of helping users in their diverse health demands. The social actors interviewed highlighted some attributes of the municipal health manager, such as "technical being", "fire extinguisher", "bureaucrat", among others, that were extracted to understand this managerial identity from two axes to which refers to Dubar (2005): real social identity and virtual social identity. In spite of the interviewees' attempt to show distancing from the attribute "being political" in the exercise of the function, since there is a need to be in constant negotiation with the various social actors, it is necessary to demystify the idea of public managers endowed with only a rationality but rather to consider the clear political dimension of the function.

Keywords: Management Identity; Managerial Function; Public Health Manager; Health Unic System.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Contribuições para o estudo do trabalho gerencial.....	28
Quadro 2 - Atributos recentes sobre o trabalho gerencial.....	33
Quadro 3 - Resumo das principais atribuições dos Gestores Municipais de Saúde.....	39
Quadro 4 - Perspectivas teóricas sobre a identidade.....	43
Quadro 5 - Categorias de análise da identidade	48
Quadro 6 - Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Formulação de políticas e planejamento.....	60
Quadro 7- Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Financiamento.....	62
Quadro 8- Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Regulação, coordenação, controle e avaliação.....	63
Quadro 9- Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Execução direta dos serviços.....	65
Figura 1 - Esquema de referência para a análise da identidade dos gestores.....	72
Figura 2 - Configuração identitária dos gestores municipais da saúde.....	82

LISTA DE SIGLAS

CAPs	Caixas de aposentadoria e pensão
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IAPs	Institutos de aposentadoria e pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NGP	Nova Gestão Pública
NOBs	Normas Operacionais Básicas
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	17
3	O TRABALHO GERENCIAL	27
3.1	<i>O gestor público</i>	33
3.2	<i>O gestor público da saúde</i>	37
4	IDENTIDADE	42
4.1	<i>Visão geral</i>	42
4.2	<i>Identidade Gerencial</i>	50
5	METODOLOGIA	52
5.1	<i>Caracterização da pesquisa</i>	52
5.2	<i>Cenário da pesquisa</i>	53
5.3	<i>Sujeitos de pesquisa</i>	54
5.4	<i>Levantamento de dados</i>	55
5.5	<i>Análise de dados</i>	56
6	O TRABALHO DO GESTOR DO SUS	57
6.1	<i>Perfil e trajetória dos gestores municipais da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas</i>	57
6.2	<i>Atribuições do cargo do gestor municipal da saúde</i>	59
6.3	<i>O dia-a-dia do gestor do SUS</i>	67
6.4	<i>Condicionantes do trabalho do gestor do SUS</i>	68
7	A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO GESTOR DO SUS	72
7.1	<i>Identidade Social Real: Ser gestor, segundo os próprios gestores</i>	73

7.2	<i>Ser gestor, segundo os prefeitos.....</i>	75
7.3	<i>Ser gestor, segundo o representante do Ministério Público.....</i>	77
7.4	<i>Ser gestor, segundo os Conselheiros Municipais de Saúde.....</i>	79
7.5	<i>Construção identitária dos Gestores Municipais da Saúde.....</i>	81
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
9	REFERÊNCIAS.....	89
	APÊNDICE	98
	ANEXO	102

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 incluiu a saúde como parte da seguridade social, avançando em relação às formulações legais anteriores, ao garantir um conjunto de direitos sociais, expressos em seu artigo 194, inovando ao consagrar tal modelo como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Este novo arranjo constitucional das políticas sociais garantiu universalidade na cobertura dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado na prestação dos serviços de atenção básica, de média e alta complexidade, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva ‘publicista’ de co-gestão governo/sociedade e um arranjo organizacional descentralizado, focado nos municípios. (FLEURY; OUVÉRY, 2009)

Em razão do princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde, ressalta-se a importância do trabalho gerencial exercido pelos secretários de saúde, uma vez que são os responsáveis por coordenar a estrutura sanitária no âmbito municipal, bem como por estruturar as políticas públicas de saúde. Para discussão neste trabalho, serão tratados como sinônimos os termos, “gerente” e “gestor”, para os chamados secretários municipais de saúde.

Para o planejamento, execução e acompanhamento das atividades e políticas organizacionais, tanto na esfera pública como privada, tem-se a figura do gerente. Ao analisar a produção acadêmica sobre o imaginário gerencial desde os estudos clássicos da Administração até a atualidade, Paula (2016) observa que embora a gestão devesse ser o objeto constante de discussão na área de estudos organizacionais, o fato é que, nos últimos anos, ela não gozou de grande prestígio, talvez devido ao alinhamento quase automático entre gestão e gerencialismo.

Pela etimologia da palavra “gestão” em inglês, “manage”, tem-se a ideia de condução e controle e essa tradução assumiu uma grande predominância no entendimento do que seja a gestão, persistindo em um imaginário confortador que a define como uma tarefa previsível e ordenada. (PAULA, 2016). Percebe-se que o enfoque desses estudos foi, portanto, majoritariamente voltado para a compreensão de papéis, funções, tarefas e comportamento,

ficando pouco explorados, pontos como a subjetividade, a complexidade e os dilemas da função (ÉSTHER, 2007).

Em função da competitividade, da mudança do perfil das organizações e da crescente busca por resultados e por excelência operacional, foi-se exigindo dos gerentes um tipo de atuação diferenciada, não exclusivamente baseada nos pressupostos de uma racionalidade instrumental (ESTHER, 2007). Fruto dessas pressões externas, esses ficaram submetidos a tensões, conflitos e contradições que os levaram a redesenhar suas práticas de atuação. Por esta razão, houve um aumento de estresse em virtude das metas de desempenho, além da necessidade de desenvolvimento de novas atitudes e competências gerenciais (DAVEL E MELO, 2005).

Aos gestores públicos esta realidade não foi diferente. Desde o século XIX, há a tentativa de assemelhar a Administração Pública à empresa privada. Wilson (1946) propôs alicerçar os estudos administrativos ao que chamou de sólidos princípios, a partir da proposta de separação das esferas, Política e Administração. O esforço para a independência da área coloca a gestão privada como uma inspiração para a gestão pública, favorecendo a visão gerencialista na Administração pública.

No século XX, o *New Public Management (NPM)* apresentou-se com o objetivo primordial de fazer a Administração Pública operar como uma empresa privada e, assim, adquirir eficiência, reduzir custos e obter maior eficácia na prestação de serviços. No entanto, a área pública está sujeita a normas fixadas em leis e decretos, não fácil ou imediatamente alteradas e por esta razão, inserir a eficiência privada com a possibilidade de êxito imediato resultou, em grande parte, em mera ilusão (MOTTA, 2013).

Isso demonstrou que aos gestores da esfera pública, a pressão por resultados levou ainda a mais estresse e desmotivação, pois foram praticamente inexistentes os bônus comuns à empresa privada. Além disso, interferências políticas ocorrem a todo o momento e, neste contexto da Administração Pública favorece-se mais a lealdade política e menos a lealdade organizacional – requisito para o êxito de novas práticas gerenciais. Na visão do autor, os gestores públicos têm carreira e cargo mais vulneráveis à política e menos ao desempenho (MOTTA, 2013).

De acordo com as atribuições funcionais dos gestores municipais de saúde, observa-se que as pressões às quais eles se submetem são originárias do campo econômico, uma vez que lidam com todo o planejamento orçamentário da pasta da saúde; do campo burocrático, pois a

saúde é submetida a inúmeros órgãos de controle externo; do campo político, uma vez que as decisões tomadas nesta esfera prestigiam ou não algumas lideranças políticas como já mencionado, e também da esfera democrática, já que a garantia da participação social trouxe a fiscalização por grupos formalmente constituídos (MACHADO *et al.* 2011). Neste contexto, emerge a discussão sobre a identidade desses sujeitos. Davel e Melo (2005) apontam que, diante dos desafios que os gestores enfrentam nas organizações, a identidade é considerada uma maneira de ver o ator, de se definir e se posicionar como tal.

Importante salientar que as identidades não são estanques, isto é, elas são construídas e reconstruídas ao longo do tempo, fazendo com que os indivíduos não sejam os mesmos nas diferentes fases da vida. Isso representa que todo sujeito é produto de inúmeros processos de socialização, formando uma totalidade múltipla, metamórfica e contraditória (ELIAS, 1994; CIAMPA 2004).

Apesar de as definições para o conceito de identidade serem múltiplas, “de um modo geral, elas dizem respeito às representações que os indivíduos elaboram sobre si mesmos e os outros, sendo construídas na relação do indivíduo com outros indivíduos ou grupos dos quais fazem parte, obtidas do resultado dos diversos processos de socialização” (ÉSTHER, 2007 p. 6).

A partir das múltiplas definições para o conceito da identidade, para a compreensão do seu processo de construção, segue-se neste trabalho a de Dubar (2005) na qual se define que “a construção das identidades se realiza, pois, na articulação entre os sistemas de ação, que propõem identidades virtuais, e ‘as trajetórias vividas’, no interior das quais se forjam as identidades ‘reais’ as quais os indivíduos aderem”. Desta forma, para a construção dessas identidades, compreende-se que a relação com os outros nos diversos grupos sociais são fundamentais.

Assim, importa compreender quem são os indivíduos que assumem uma função pública de gestor de saúde. O que fazem? Como fazem? Por que assumem esta função? Como lidam com este trabalho? Como se veem neste trabalho? Como os outros os veem? Tais questões se fazem relevantes para a compreensão de suas identidades, especialmente em espaços e lugares ainda não pesquisados, como é o caso da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas, cuja importância se dá pela sua abrangência territorial e por possuir nela, o município polo da macrorregião sudeste, responsável pela gestão dos prestadores de serviços de média e alta complexidade.

Diante do exposto, pretende-se responder à seguinte questão central: Como se configuram as identidades dos gestores municipais da saúde na microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas? Assim, este trabalho tem como objetivo geral analisar a construção identitária dos gestores da saúde no âmbito do município, tendo em vista a relevância que possuem, conferida pelo princípio da descentralização do sistema público de saúde.

De modo a alcançar o objetivo central, este se desdobra nos seguintes objetivos específicos:

- Descrever o perfil e a trajetória dos gestores municipais da saúde da microrregião de saúde.
- Analisar as atribuições do cargo de gestor municipal da saúde, com base naquilo que é preconizado pela literatura, comparativamente ao que os gestores percebem sobre ela.
- Compreender as condicionantes do trabalho dos gestores da saúde no seu dia-a-dia.
- Analisar o que é ser gestor da saúde, segundo os próprios gestores.
- Analisar o que é ser gestor da saúde, segundo os prefeitos, conselheiros de saúde e representante do Ministério Público.

Embora haja diversos estudos sobre o trabalho dos secretários municipais de saúde relativos às suas atribuições dentro do Sistema Único de Saúde, este trabalho pretende dar outro enfoque, buscando compreender a construção de sua identidade a partir do exercício da função gerencial, tendo em vista que é com o agir e o fazer que nos tornamos algo (CIAMPA, 1989).

O presente trabalho está dividido em oito capítulos, contando com esta introdução. No segundo capítulo apresenta-se a história da saúde pública no Brasil e a concepção do Sistema Único de Saúde, chegando aos desafios da atualidade, de modo a caracterizar e contextualizar o trabalho do gestor de saúde. O terceiro capítulo mostra como a literatura organizacional concebe o trabalho gerencial desde o início do século XX, a partir dos estudos clássicos sobre o tema, chegando ao trabalho do gestor público e do gestor público da saúde, em específico. O quarto capítulo sintetiza o discussão acerca do conceito de identidade nas principais vertentes teóricas e epistemológicas, finalizando com a discussão da identidade gerencial.. O capítulo 5 apresenta as etapas metodológicas que foram utilizadas nesta pesquisa. O sexto e sétimo capítulos abordam os resultados e as discussões levantadas nos objetivos específicos supracitados. Por fim, no capítulo oito são apresentadas as considerações finais do trabalho e após esses capítulos, são apresentadas as referências bibliográficas e os apêndices do trabalho.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde pública no país sempre possuiu forte correlação com a estrutura político-econômica adotada. A realidade até o Século XVIII era de doentes cuidados pelos jesuítas, curandeiros e feiticeiros, enquanto a assistência hospitalar era promovida pelas Santas Casas de Misericórdia, pelos lazaretos para hansenianos e pelos hospitais militares. O Estado brasileiro no início do século XX atuava até então em ações de saneamento nas grandes cidades e portos e no combate a epidemias, particularmente quando estas tinham impacto no processo produtivo e na economia agroexportadora (SCLIAR, 2005).

As ações sanitárias no Brasil, ao visarem o controle de doenças epidêmicas, do ambiente urbano e do padrão de higiene das classes populares, tinham como inspiração e reproduziam algumas das proposições oriundas das sociedades capitalistas europeias. Nesses países, as classes dominantes, influenciadas pelos ideais mercantilistas, elegeram o trabalho como elemento essencial de geração de riqueza. Desta forma, tornou-se necessário formular políticas de saúde que evitassem quaisquer perdas de produção devido à doença ou morte (COSTA, 1985).

No entanto, as ações preventivas eram realizadas sob moldes autoritários e geravam oposição por parte da população, políticos e líderes militares. Tal oposição levou à Revolta da Vacina, em 1904, representando um marco de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola sancionada por Oswaldo Cruz, o então Diretor Geral de Saúde Pública (PAIM *et al.*, 2011).

O crescimento industrial brasileiro provocou um aumento das classes trabalhadoras urbanas, que começaram a se organizar em sindicatos e exigir direitos sociais, trabalhistas e previdenciários. Começam as primeiras greves no país e as classes dominantes são compelidas a ampliarem estes direitos. Em 1923 surge a primeira lei instituindo o embrião do Seguro Social no Brasil, a Lei Eloy Chaves, através das “Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAPs”, que consistiam em um fundo criado pelas empresas com a contribuição dos empregados, para financiar a aposentadoria dos trabalhadores e a sua assistência médica (BATICH, 2004).

Com as transformações econômicas na década de 1930, as classes assalariadas reivindicaram seus direitos sociais e o poder público se posicionou como responsável pela proteção social dos trabalhadores, determinando que as CAPs, baseadas em vínculos de

trabalhadores por empresa, fossem substituídas por outro tipo de instituição, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional. Surgem então os IAPs, Institutos de Aposentadoria e Pensão por categoria profissional, tais como a dos marítimos em 1933, a dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938) (BATICH, 2004).

No Estado Populista de Vargas da década de 1940, são criadas medidas na área trabalhista, tais como a carteira de trabalho, o salário mínimo e a Consolidação das Leis Trabalhistas. É neste período que os direitos civis e sociais, com destaque à saúde, ficaram vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho (SCLiar, 2005).

No período entre os anos 1950 e 1960, houve a tentativa de implantação de um projeto nacional de desenvolvimento econômico “moderno”, integrado à ordem capitalista industrial, decorrente da crise do regime populista e nacionalista dos anos 1960. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, que conforme Luz (1991), tinha-se:

O modelo campanhista, que chegara a um estágio burocrático rotineiro, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então Ministério da Educação e Saúde. Opunha-se ao modelo curativista, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes face aos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural. Uma tecnoburocracia médica formada no exterior em administração de serviços de saúde instalou-se na gestão dos Institutos de Previdência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública (LUZ, 1991; p. 80).

Luz (1991) destaca que, diante deste quadro, no início dos anos 1960, houve movimentos sociais liderados pelas elites progressivas, que reivindicavam reformas de base, entre elas a sanitária. Porém, a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964.

No governo militar que vigorou no Brasil a partir de então, destaca-se o subfinanciamento do Ministério da Saúde, e a gestão do sistema de proteção social que ainda era realizada de forma centralizada, fragmentada, desigual e sem a participação da sociedade. Como a assistência médica era vinculada à previdência social, os níveis de cobertura e tipos de serviços prestados à população variavam conforme o vínculo aos institutos de aposentadoria e pensões (PAIM *et al.*, 2011).

De modo a unificar os diversos institutos, o governo militar criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), uniformizando os benefícios de seus contribuintes e eliminando o modelo de gestão tripartite (União, empregadores e empregados), que garantia aos usuários a representação nos processos decisórios dos institutos (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

Na década de 1970, os investimentos públicos na área de saúde se destinaram a construção e ampliação de hospitais privados. Além disso, os subsídios recebidos pelas empresas para oferta de assistência à saúde aos seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, incentivando ainda mais a expansão dos planos de saúde privados. Nesse cenário, “um mercado de saúde baseado em pagamentos a prestadores do setor privado com base nos serviços realizados (*fee for service*) geraram uma crise de financiamento na previdência social, que, associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou os anseios pela reforma” (PAIM *et al.*, 2011; p. 18).

Paiva e Teixeira (2014) apontam que quando esta crise veio a público e as receitas previdenciárias diminuíram substancialmente frente ao desemprego, a assistência médica ficou comprometida tendo em vista sua relação com essa fonte de recursos. Apesar dos redesenhos estatais para tentar contornar os problemas de financiamento, o sistema de saúde necessitava ser repensado e a presença de diversas lideranças do movimento sanitário no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) pressionaram a ideia de fusão da medicina previdenciária e a saúde pública. Além disso, ideais reformistas começaram a ganhar força e a vontade de estender o direito à saúde a todos os brasileiros começa a ser uma prioridade entre grupos da sociedade civil.

Scorel (1998) destaca que foi durante o período mais repressivo da ditadura militar que esse pensamento transformador começa a eclodir. Em virtude da intensa repressão do período, em um primeiro momento, o movimento sanitário não encontra o seu sujeito social porque está silenciado, mas a partir do momento que os movimentos sociais começam a ganhar força, este se encontra nas bases populares entre a classe trabalhadora.

O movimento supracitado cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos da sociedade civil. De 1979 em diante começam a ser realizadas reuniões de técnicos e gestores, e em 1982, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), importante ator na consolidação das políticas públicas de saúde no Brasil. (PAIM *et al.*, 2011).

No ano de 1985, Tancredo Neves é eleito para presidência da República, mas em virtude de sua morte, seu vice José Sarney é quem toma posse, marcando o fim do Regime Militar, com promessas de mudanças sociais e econômicas para o país. Ainda nesse ano foram realizadas eleições diretas para prefeito das capitais e, no ano seguinte, o Congresso Nacional encarrega-se da elaboração de uma nova constituição que reestruturasse a democracia do país. O processo de redemocratização, no entanto, transcorre em meio a uma crise econômica, que leva a planos econômicos emergenciais que necessitavam tirar o país da hiperinflação e fomentar o crescimento econômico (PAIVA E TEIXEIRA, 2014).

Um marco importante do movimento sanitário foi a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986 que contou, conforme Carvalho (2013), com aproximadamente cinco mil cidadãos usuários de todo o país e a proposta da reforma referendada pela população e por técnicos gestores foi entregue aos constituintes que absorveram grande parte das teses ao definir a ordem social e, dentro dela, a Seguridade Social.

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado em 1987, já sendo uma tentativa de se fazer o SUS, porém sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar. Como sua implementação se dava por meio da celebração de convênio, a participação da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, do Governo do Estado, era opcional. Se por um lado, isto significou um grande avanço, pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outro, parece ter criado certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS (CONASS, 2007).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde brasileiro fica formalmente instituído, fruto de um longo processo de luta e de aspiração popular. Sua consolidação e regulamentação se deram por meio das Leis nº 8080 e nº 8142, adotando-se a partir de então, o conceito ampliado de saúde, entendido como aquela forma de organização das ações e serviços de saúde em que a assistência é um componente da integralidade da atenção à saúde e outras políticas públicas, tais como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação já que são determinantes nas condições de saúde individual e coletiva (CONASS, 2003).

A nova Carta Magna alçou a saúde à condição de direito de todos os cidadãos e dever do Estado, tendo os usuários acesso universal e integral às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. As instituições privadas passam a ter sua participação de forma complementar aos serviços do SUS, sendo regulamentadas, subordinadas e controladas por

ele. Um de seus princípios básicos é a descentralização, com delegação de poderes para os estados e principalmente municípios, tendo como eixo norteador as atividades preventivas (COHN & ELIAS, 1996).

No que diz respeito à descentralização da gestão do sistema para o âmbito dos municípios, Rodrigues (2014) afirma que estase deu em virtude da crença de que facilitaria a participação social nas políticas de saúde, em função da maior proximidade de governos municipais e cidadãos, que teriam conseqüentemente mais influência sobre o poder público, tendo em vista o cenário de redemocratização que o país passava. Foi por meio das normas operacionais básicas (NOBs) n.1/1993 e n.1/1996 que foram criados os mecanismos para a delegação da gestão, serviços e recursos financeiros para a saúde em direção à esfera municipal.

Relativo ainda ao gerenciamento do processo de descentralização foram criadas como foros permanentes de negociação, articulação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Esse espaço de governança foi valorizado, definindo que cabe às Comissões Intergestores pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (CONASS, 2007).

Para participação da comunidade, citada na Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, o SUS passa a contar com a Conferência e o Conselho de Saúde, instâncias colegiadas sendo que a primeira reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos diversos segmentos sociais, visando avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. O segundo, órgão permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. O objetivo desta diretriz é proporcionar ao sistema maior transparência e visibilidade da gestão.

Ressalta-se também no rol de diretrizes e princípios da Lei Orgânica da Saúde, a direção única em cada esfera de governo. Isso significa que no âmbito Federal, a gestão é de responsabilidade do Presidente e Ministro da Saúde, no âmbito Estadual, do Governador e Secretário de Estado e finalmente, no âmbito municipal, do prefeito e secretário municipal de Saúde (BRASIL, 1990).

Sendo a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência um dos relevantes princípios do SUS¹, a regulamentação prevê que este deve ser ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. A atenção primária à saúde deve ser o nível fundamental e a porta de entrada para o acesso, já que constitui o primeiro contato dos usuários com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas (CONASS, 2015).

Em contraposição, e a partir de uma perspectiva internacional, Mendes (2010) analisa o funcionamento de sistemas fragmentados de atenção à saúde, ou seja, aqueles que se estruturam por meio de um conjunto de pontos isolados e incomunicados uns dos outros e que desta forma ficam deficientes em atendimento contínuo, já que os níveis de atenção não se comunicam (atenção primária, secundária e terciária). As características desse tipo de sistema ficam definidas por:

Forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010; p. 2299).

Em termos de indicadores econômicos e sanitários, este tipo de sistema se mostra ineficiente, principalmente porque dá ênfase às condições agudas e à agudização de condições crônicas. Para superar essas deficiências, Mendes (2010) propõe a estruturação das redes de atenção à saúde, que se definem por organizações poliárquicas de serviços, ou seja, sistemas

¹ Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde mencionados nesta seção, são os que se mostram mais relevantes para a compreensão do trabalho do gestor público. O rol completo pode ser consultado na lei orgânica da saúde.

integrados e que “permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada” (MENDES, 2010; p. 2300).

Em razão desses estudos, por meio da Portaria GM/ MS n. 4.279/2010, essas redes poliárquicas na forma de redes temáticas, foram implantadas no Brasil por gestores do SUS a partir de então, redefinindo os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e que têm se mostrado efetivos no controle das condições crônicas no país. Para que essas redes consigam cumprir seu papel, é imprescindível que a coordenação do cuidado esteja gerenciada pela Atenção Primária à Saúde, condutora de todo o fluxo do usuário dentro do sistema, reiterando, portanto sua importância e resolutividade para o sistema (CONASS, 2015).

Regulamentados pelo Decreto n. 7508 de 2011, a organização e o planejamento do Sistema Único de Saúde ganham novos desdobramentos para auxiliarem os gestores no que deve ser observado. Cabe destacar aqui a instituição das chamadas “Regiões de Saúde”, que consistem em:

Um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (CONASS, 2015; p.26).

Desde que pactuadas em instâncias formais como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que conta com a participação de representantes de todas as esferas de governo, as Regiões de Saúde podem ser interestaduais, compostas por municípios limítrofes, contendo no mínimo, atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar e vigilância em saúde. Essas regiões são também referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, reforçando a necessidade da boa definição de responsabilidades entre eles. O principal objetivo desse arranjo é garantir o acesso resolutivo da população, além de efetivar a descentralização da gestão e racionalizar os gastos (CONASS, 2015).

No que diz respeito ao processo de planejamento do Sistema Único de Saúde, a lei orgânica estabelece que este deverá ser ascendente, ou seja, ter início no nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos e observando os recursos disponíveis e a

necessidade de saúde dos municípios, estados, Distrito Federal e União. Para isso, cada esfera de governo contará com o seu respectivo plano de saúde, base para a programação da gestão quadrienal, incluindo o financiamento do setor que será previsto na proposta orçamentária (BRASIL, 1990).

Por meio da Portaria GM nº 3332 de 28 de dezembro de 2006, o Ministério da Saúde reordenou os instrumentos de planejamento para a gestão do SUS, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população. Os instrumentos básicos do Planeja SUS são o plano de saúde (realizado a cada quatro anos), a programação anual de saúde que operacionaliza as intenções do primeiro e o relatório anual de saúde, que apresenta os resultados alcançados (VIEIRA, 2009).

De acordo com o manual do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (2015):

O planejamento da saúde é obrigatório para os Entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada, e o Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos Entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento, devem ser considerados os serviços e as ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional (CONASS, 2015; p. 35).

Vieira (2009) entende que mesmo com os avanços já conquistados com essa estruturação dos instrumentos, a implementação do planejamento ascendente ainda constitui um desafio para a gestão do SUS, e para sua consolidação como sistema único. Isso se dá uma vez que as diversas articulações das situações-problema possam gerar em termos de interpretação e propostas de intervenção, dada a autonomia dos entes. Por isso, as instâncias de negociação e pactuação coletiva precisam estar alinhadas para que haja a consonância entre as ações de saúde nas três esferas de governo e para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos.

A implantação do Sistema Único de Saúde nessas quase três décadas trouxe avanços como também alguns desafios que ainda precisam ser trabalhados pelos gestores com atenção. Alguns exemplos listados por Reis *et al.* (2016) são a ampliação de cobertura da atenção básica para mais de 73% da população, a Estratégia Saúde da Família, reforçada pelo

Programa Mais Médicos que trouxe maior acesso principalmente para municípios de pequeno porte; os cuidados na saúde bucal por meio do Programa Brasil Sorridente; a cobertura de vacinação e acesso a medicamentos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Um dos principais desafios que ainda perduram para a sustentação do sistema diz respeito às questões de financiamento. Apesar do aumento da destinação de recursos públicos para atenção à saúde nos últimos anos, questões como as mudanças na pirâmide etária, indicando o envelhecimento da população, a tripla carga de doenças² e a incorporação tecnológica da saúde têm exigido mais recursos dos tesouros nacionais e o Brasil não pode se furtar a cumprir a determinação constitucional que alçou à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Problemas e fragilidades de ordem política, econômica, gerencial e assistencial, produziu uma importante dissociação entre o ‘SUS constitucional’ e o ‘SUS real’ (REIS *et al.*, 2016).

Em razão das distorções entre o que se espera do sistema e o que efetivamente acontece na prática, o fenômeno da judicialização da saúde vem aumentando cada vez mais ao longo dos anos e se tornando um dos principais desafios para a gestão do SUS. Oliveira *et al.* (2015) apontam que tal fenômeno se apresenta em duas dimensões distintas: uma individual e outra coletiva. Assim, a busca pela garantia do direito à saúde tem passado pela atuação de instâncias judiciais tais como o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública. O tema foi ganhando novos contornos e requerendo debates mais profundos entre os diversos atores sociais.

O processo judicial foi intensificado na década de 1990 quando houve a necessidade de requerer medicamentos e procedimentos para pessoas portadoras do vírus HIV. A ampla estratégia da advocacia brasileira conquistou jurisprudências favoráveis à responsabilização dos entes federativos no cumprimento imediato dessas demandas. Os avanços das políticas públicas na assistência às pessoas com HIV motivaram outros movimentos sociais e, com isso, pode-se constatar que a reivindicação judicial passa a ser largamente utilizada como mecanismo de garantia de direitos e ampliação de políticas públicas, ampliando, inclusive, a atuação do Ministério Público neste âmbito (VENTURA *et al.* 2010).

²Uma situação de saúde de tripla carga de doenças, definida por Mendes (2010), é manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas.

No entanto, há ponderações sobre efeitos colaterais dessa crescente judicialização no país, principalmente no âmbito da assistência farmacêutica, pontuados por Pepe *et al.* (2010):

O primeiro aponta que o deferimento absoluto de pedidos judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, uma vez que favorecem aqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça; igualmente apontam para o possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda. O segundo refere-se às dificuldades na gestão da Assistência Farmacêutica, propriamente dita, uma vez que a ágil resposta às demandas judiciais, não previstas no planejamento dos serviços, faz com que alguns deles criem uma estrutura “paralela” para seu acompanhamento, se utilizem de procedimentos de compra não usuais na administração pública e tenham maior gasto na aquisição destes medicamentos. O terceiro refere-se à segurança do paciente em razão de possíveis prescrições inadequadas, mesmo que de medicamentos já selecionados e incorporados no SUS, e, em especial, na prescrição de “novos” medicamentos e/ou “novas” indicações terapêuticas para os quais as evidências científicas ainda não se encontram bem estabelecidas (PEPE *et al.* 2010, p. 2406).

Ventura (2010) conclui que um dos grandes desafios, portanto, é pensar na judicialização da saúde como estratégia legítima, porém com o cuidado de associá-la com outros mecanismos de garantia constitucional de saúde para todos. As demandas judiciais não podem ser consideradas como principal instrumento deliberativo, pois, de fato, para o alcance da justiça, deve ser adotado um conjunto de ações por meio das quais se busque implementar as diretrizes constitucionais na busca pelo acesso igualitário.

Este capítulo buscou sintetizar os principais marcos históricos da reforma sanitária no país³, bem como as características e estrutura do Sistema Único de Saúde após sua criação. Como exposto, o foco deste trabalho é analisar como os gestores municipais da saúde constroem sua identidade em um contexto de relações de poder, daí a relevância de conhecer o contexto social mais amplo de ação no qual esses sujeitos estão inseridos.

A próxima seção se propõe a discutir o trabalho gerencial e algumas de suas concepções teóricas dentro do campo dos estudos organizacionais.

³Para maiores detalhes sobre a história da Saúde Pública no Brasil desde o colonialismo português, consultar Paim *et al.* (2011).

3. O TRABALHO GERENCIAL

A compreensão da necessidade e importância do trabalho gerencial nos diversos tipos de atividade social não é fato recente. Com a Revolução industrial do Século XVIII, exigiram-se novos métodos para produção e aplicação de conhecimentos administrativos. Foi Frederick Taylor quem inicia a organização racional do trabalho e com seu lema “ciência no lugar do empirismo”, deixa evidente seu entusiasmo reformista para o âmbito das organizações e até mesmo para a questão da função gerencial. Aplicando o método científico e “reconhecendo a necessidade de desembaraçar o operário de tudo que excedesse sua capacidade, Taylor criou o chamado sistema funcional da organização administrativa do trabalho industrial, edificado na dicotomia entre o planejamento e a execução” (RAMOS, 2009; p. 58).

No entanto é com Henri Fayol, engenheiro francês também pertencente à época do desenvolvimento industrial do Século XIX, que ficam definidas as funções inerentes ao administrador / gestor, independentemente do tipo de negócio. Fayol, (1841-1925) em sua obra, subdivide em seis grupos o conjunto de operações de qualquer empresa: operações técnicas, comerciais, financeiras, de segurança, contabilidade e finalmente as operações administrativas as quais são inerentes ao gestor. Essa última é a função que possui a responsabilidade de formular o programa geral da organização bem como coordenar esforços e harmonizar atos. Prever, organizar, coordenar, comandar e controlar são, portanto, as etapas do processo administrativo.

Diante das inúmeras críticas que os teóricos da chamada Escola Clássica da Administração receberam pela ênfase no aspecto técnico das organizações, uma nova proposição surge com os estudos resultantes da experiência na fábrica de Hawthorne, conduzida por Elton Mayo. Dessa experiência, buscou-se compreender os aspectos humanos no trabalho e de que forma eles exerciam influência no alcance dos objetivos propostos pela Administração (MAYO, 1959). Surge a partir daí a “Escola das Relações Humanas” que coloca no centro da discussão de que forma as relações sociais são fundamentais para o alcance dos objetivos organizacionais e precisam ser levadas em consideração pelos gestores.

A partir desses estudos clássicos supracitados que compuseram as teorias gerais da Administração, Ésther (2007) elenca as principais obras que envolvessem a temática do trabalho gerencial ao longo do tempo, dentro do campo dos estudos organizacionais, a saber:

Quadro 1 - Contribuições para o estudo do trabalho gerencial

Autores	Contribuições para o estudo da gerência
Henry Fayol (1916)	<p>Enumera quatorze princípios que seriam aqueles mais observados e aplicados por ele em sua experiência gerencial: a divisão do trabalho; a autoridade e a responsabilidade; a disciplina; a unidade de comando; a unidade de direção; a subordinação do interesse particular ao geral; a remuneração do pessoal; a centralização; a hierarquia; a ordem; a equidade; a estabilidade do pessoal; a iniciativa; e a união do pessoal.</p> <p>Qualidades e conhecimentos desejáveis em todos os grandes chefes de empresa: saúde e vigor físico; inteligência e vigor intelectual; qualidades morais; sólida cultura geral; capacidade administrativa: previsão, organização, comando, coordenação e controle; noções gerais sobre todas as funções essenciais; a maior competência possível na especialidade profissional característica da empresa.</p> <p>Importante competência gerencial: “a exata avaliação das coisas, fruto do tato e da experiência, é uma das principais qualidades do administrador”.</p> <p>Não existe nada rígido nem absoluto em matéria administrativa; tudo nela é uma questão de medida (...) tais princípios serão, pois, maleáveis e suscetíveis de adaptar-se a todas as necessidades. A questão consiste em saber servir-se deles: essa é uma arte difícil que exige inteligência, experiência, decisão e comedimento.</p>
Chester Barnard (1938)	<p>Descreve as funções para o ocupante do cargo gerencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - manutenção das comunicações na organização; - asseguramento de serviços essenciais dos indivíduos; - formulação de propósitos e objetivos. <p>Em conjunto, Barnard as considera como constituindo o processo executivo, desempenhado dentro da organização, que ele vê como um sistema cooperativo racional.</p>
Tannenbaum & Schmidt (1958)	<p>Desenvolveram estudos dentro da abordagem comportamental, associando a função do gerente à de um líder, combinando duas dimensões do comportamento humano: o relacionamento e o exercício da tarefa.</p>
Likert (1961)	<p>Likert identifica quatro sistemas de administração para um gerente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autoritário forte, - autoritário benevolente, - participativo consultivo - participativo de grupo. <p>O gerente eficaz é aquele que adota o sistema participativo de grupo, que, no geral, implica uma gerência que busca o envolvimento das pessoas em grupo, visando construir “grupos altamente eficientes”, construídos a partir de um mecanismo de influência-interação eficiente, que faz uso intenso de comunicação lateral e que considera o conflito inevitável e positivo, desde que para propiciar avanços e maior produtividade.</p>
Peter Drucker (1967)	<p>Enfatiza que para o trabalho gerencial é necessária a questão da eficácia (alcance de resultados), já que estes são trabalhadores instruídos de quem se espera decisões com impacto significativo para as organizações. Reitera que mesmo o gerente mais subalterno na hierarquia realiza a mesma espécie de trabalho que o presidente da empresa (Planejar, organizar, integrar, motivar e julgar).</p>
Fernando Bartolomé (1972)	<p>Destaca a imagem estereotipada do super-homem que os norte-americanos impuseram aos gerentes, afirmando que há pouca liberdade para o homem-executivo expressar aquela mistura de força e fraqueza, independência e dependência, dureza e ternura, que é um ser humano.</p>
Mintzberg (1973)	<p>O executivo desempenha dez papéis agregados em três categorias, originados de sua autoridade formal e <i>status</i>:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - papéis interpessoais (imagem de chefe, líder, contato); - papéis informacionais (monitor, disseminador, porta-voz); - papéis decisórios (empresário, manipulador de distúrbios, alocador de recursos e negociador). <p>Na prática, o que o autor demonstra, ao contrário da imagem que se tinha, é que os executivos trabalham num ritmo inexorável e que suas tarefas são breves, variadas e descontínuas e que eles estão firmemente orientados para a ação; o trabalho administrativo envolve execução de rotinas, incluindo rituais e cerimônias; os executivos preferem a mídia verbal, principalmente telefonemas e reuniões; os programas de executivos para organizar o tempo, processar informações e tomar decisões estão em suas cabeças, havendo uso de julgamento e de intuição.</p>
Robert Katz (1976)	<p>Pontua que existem diferenças entre as qualidades requeridas para os gerentes de diversos níveis hierárquicos nas organizações. Porém, elenca habilidades gerais a todos eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento especializado, aptidão analítica dentro da especialidade e facilidade no uso dos instrumentos e técnicas de cada matéria. - capacidade de trabalhar como membro de um grupo e de realizar um esforço conjunto com os membros da equipe. - capacidade de considerar a empresa como um todo, ou seja, o que hoje se chama de “visão sistêmica”.
Levitt (1976)	<p>Coloca que não se pode ensinar a administração em si, mas sim como administrar. Chama a atenção para os aspectos subjetivos da competência gerencial e do que efetivamente torna a ação gerencial eficaz.</p>
Morse & Lorsch (1977)	<p>Testam as proposições antagônicas das teorias X e Y de McGregor e identificam que a forma de gerenciar uma determinada organização dependerá da adequação entre trabalho, organização e pessoal. Os estilos “autoritário” ou “participativo” podem ser utilizados conforme análise e julgamento do gerente.</p>
McClelland e Burham (1978)	<p>Defendem que o gerente bem sucedido é aquele que tem maior necessidade de poder do que de realização, ou seja, o desejo de influenciar pessoas. Devem criar entre os subordinados, espírito de equipe e de orgulho.</p>
Handy (1978)	<p>Utiliza a metáfora médica, concebendo o gerente como um clínico geral (identifica sintomas, diagnostica a causa do problema, decide a estratégia para solucioná-lo. O gerente tem de enfrentar um conjunto de quatro dilemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das culturas: o gerente deve se ajustar à cultura sem perder sua identidade - dos limites temporais: Deve equacionar suas atividades de modo a planejar o futuro sem se esquecer do presente. - Da confiança – controle: Necessidade de admitir erros dos funcionários por meio do processo de delegação. - líder de comandos: Gosta de receber um objetivo definido, possui grande perícia e obtém lealdade do grupo.
Kotter (1978)	<p>O gerente é aquele que planeja, organiza, orça, aloca pessoal, controla e avalia. A dinâmica do poder é inerente ao processo gerencial, pois o gerente depende das atividades realizadas por outras pessoas para realizar eficientemente seu próprio trabalho.</p>
Uyterhoen (1986)	<p>Aponta pressões e dilemas dos gerentes que enfrentam a função pela primeira vez, principalmente no que diz respeito à articulação de diversos interesses tais como de seus pares, superiores e subordinados.</p>
Motta (1995)	<p>Dirigentes exercem funções ambíguas e conflitivas, que exigem adaptação constante de suas atitudes e comportamentos a uma série infundável de provocações contraditórias oriundas do meio em que atuam. Do ponto de vista gerencial, é necessário flexibilizar a estrutura,</p>

	valorizar contatos informais e conviver com as contradições de variações de contexto e das atividades organizacionais.
Boyett & Boyett (1999)	Sintetizam um conjunto de atributos que um líder/gerente contemporâneo e eficaz deve possuir: ser um visionário, um agente e servo da mudança; ser um contador de histórias, de modo a estimular a motivação e o imaginário coletivo da organização.
Davel e Melo (2005)	Destacam a cautela ao se distinguir quando estamos diante do trabalho e do pensamento gerencial tal qual exposto pelos demais teóricos ao longo do tempo, bem como quando comparados à prática experimentada por aqueles que efetivamente gerenciam. Essa ressalva é feita para que se chame a atenção quanto à pluridimensionalidade e complexidade do trabalho gerencial, principalmente pela importância que esta temática foi ganhando no âmbito das organizações. Uma vez que são os gerentes que realocam, na prática, as diversas racionalidades presentes nas organizações contemporâneas, cabe, aqui, compreender aspectos sobre a natureza do seu trabalho e até que ponto as mudanças no ambiente interno e externo às organizações afetam sua condição existencial. No que diz respeito às singularidades no trabalho dos gerentes, faz-se necessário refletir sobre os diversos fatores que explicam sua função e seu desempenho, tais como: - as diversas relações de poder no cotidiano; - os padrões simbólicos da empresa; - restrições culturais impostas; caráter ambíguo das responsabilidades como mediador de interesses opostos; - problemas de saúde mental, gerados pelo ambiente de trabalho e até mesmo a construção e consolidação da categoria de gerentes como sendo fundamentalmente masculina.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Ésther (2007).

A partir das contribuições dos autores citados (Quadro 1), pode-se perceber que o que foi discutido, até então, teve maior ênfase nas funções, papéis e habilidades dos gerentes nas organizações. As definições sobre o trabalho gerencial foram ganhando novos contornos, de acordo com os desafios que foram sendo impostos e precisavam ser levados em consideração nas organizações. No entanto, como observado na síntese supracitada, ainda faltava no campo dos estudos organizacionais, discutir aspectos voltados para a subjetividade desses sujeitos.

Para Paiva *et al.* (2007), à medida que os gestores alcançam níveis hierárquicos mais altos, ele carece de mais habilidades conceituais e menos técnicas, mantendo relativamente constante a utilização de habilidades humanas, já que em todo o seu percurso, para alcançar seus resultados o gerente depende do trabalho dos subordinados e, portanto, da relação que mantém com eles.

Ésther (2007) ressalta que, embora os estudos tradicionais para o entendimento da prática gerencial com teor funcionalista ou comportamentalista tenham trazido significativos avanços para área, é fato que ainda deixaram lacunas em virtude de sua própria abordagem. Esses estudos traçam perfis ou um conjunto de habilidades que “podem e devem ser

desenvolvidas por qualquer indivíduo, mas nada informam sobre o processo pelo qual o indivíduo passa para se tornar gerente, sobre como ele vivencia este tipo de experiência ou de prática social (...)" (ÉSTHER, 2007; p 42).

De maneira geral, os estudos sobre a atuação gerencial são relevantes para a compreensão das dinâmicas organizacionais. No entanto, apesar de aparecer na literatura uma gama diversificada de definições sobre o trabalho gerencial, Silva (2008) salienta que muitas questões ainda permanecem sem um consenso, havendo falta de continuidade e compartilhamento de uma agenda coletiva de pesquisa que permita consolidar e integrar os avanços do tema.

Mintzberg (2010), ao retomar seus estudos sobre a prática gerencial, analisou o trabalho de gestores de áreas distintas e trouxe uma nova concepção ao admitir que estava na hora de reconhecer que a gestão não seria uma ciência ou uma profissão, mas sim uma prática social, aprendida principalmente com experiência e enraizada em um contexto específico de ação.

Turetta *et al.* (2011) ao discutirem sobre as metáforas do gestor "pós-humano", colocam-nos como um instrumento analítico que possibilita compreender as recentes transformações ocorridas no mundo do trabalho, tomando como referência o redirecionamento do conceito de "social". Para os autores, os gestores da atualidade precisam saber improvisar, adequar suas tarefas diárias às situações frequentes que os interrompem e que acabam por reduzir suas ações de planejar, forçando-os a adaptações diversas.

Vargas (2011) define a ação gerencial como uma prática social contingente, instável, cheia de conflitos e incertezas. As relações dos gestores com outros funcionários são, em muitos casos, conflituosas, pelo fato de ser necessário administrar interesses antagônicos como, por exemplo, deslocar um ou outro de uma função. Além disso, a prática do gestor não está desvinculada da realidade do local, e tais configurações sociais fazem com que o gestor aprenda outras formas de ouvir, conduzir e negociar situações cotidianas.

Ainda no enfoque da gestão como prática social, Raelin (2013) defende o diálogo como método de ação colaborativa dos demais, uma vez que os gerentes não são detentores de uma verdade absoluta e com isso é possível endossar uma cultura de aprendizado, engajamento e o instinto de colaboração.

Em seu estudo empírico sobre o trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde, Nunes *et al.* (2016) definem a atividade como complexa e dialeticamente afetada por aspectos relacionados à dimensões organizacionais, políticas e relacionais. Tais dimensões não são

estanques e estão por muitas vezes, sobrepostas. Para os autores, a dimensão organizacional compreende a divisão técnica e social do trabalho gerencial. A dimensão política refere-se às relações de poder, intrínsecas a todas as organizações, que podem envolver mais explicitamente questões político-partidárias e eleitorais subjacentes. Essas questões, por sua vez, podem ter uma implicação negativa para o trabalho dos gestores. Por fim, mencionam a dimensão relacional, que se situa no espaço microssocial e diz respeito às relações que são estabelecidas com os demais atores a partir da vivência em sociedade.

Ao estudar a assunção de funções gerenciais na gestão da política do esporte, Silva (2019) demonstrou que ex-atletas que se tornam gerentes, enfrentam diversos ajustes psicológicos, sendo que esse ajustamento pode ou não representar dificuldades para o exercício da função. Sobre essas dificuldades, a autora constatou o incômodo que os ex-atletas sentem com relação à diferença de rotina entre as duas funções e até mesmo das novas vestimentas exigidas. Trabalhar e gerenciar pessoas com personalidades distintas também foi um dos desafios citados sobre a função gerencial, mas enfatizado como sendo primordial para seu exercício.

Até os dias atuais a função gerencial foi definida por diferentes ângulos. O que se pode observar é que, nos diversos estudos sobre a gestão e o trabalho dos gestores existem diferenças quanto à sua natureza e ao seu conteúdo. Alguns deles, principalmente aqueles que advêm das teorias clássicas, estabelecem uma concepção abstrata da gestão, pois são predominantemente normativos e descritivos, enquanto outros buscam uma concepção empírica da gestão, uma vez que se baseiam na observação da prática gerencial. Distinguir essas concepções é fundamental, pois há uma distância entre o imaginário da gestão como um sistema de análise e controle sistemáticos e a sua realidade, que implica intensa comunicação e interação, remetendo não a uma atuação técnica, mas a uma prática eminentemente social e política (PAULA, 2016).

Portanto, de acordo com as conclusões recentes desses últimos estudos, é possível destacar alguns atributos sobre o trabalho gerencial, sem a intenção de esgotá-los:

Quadro 2- Atributos recentes sobre o trabalho gerencial

Gestão como prática social	Paiva (2007); Ésther (2007); Mintzberg (2010); Turetta <i>et al.</i> (2011); Vargas (2011); Paula (2016).
Atividade complexa, dotada de conflitos e incertezas	Davel e Melo (2005); Ésther (2007); Vargas (2011); Nunes et al. (2016).
Vinculada à realidade do local de atuação do gerente	Mintzberg (2010); Vargas (2011); Nunes et al. (2016); Paula (2016); Silva (2019).
Aprimorada na prática e no dia-a-dia da gestão	Mintzberg (2010); Nunes et al. (2016)
Composta por dimensões técnicas, sociais e políticas	Mintzberg (2010); Vargas (2011); Nunes et al. (2016); Paula (2016)

Fonte: Elaborado pela autora.

Embora esta seção tenha abordado concepções sobre o trabalho gerencial, desenvolvidas majoritariamente no âmbito de organizações privadas, as próximas seções destacarão as peculiaridades do trabalho gerencial na área pública, para que posteriormente se possa discutir o gestor público da saúde.

3.1 O Gestor Público

A estrutura e o desenho da administração pública no Brasil apresentaram diferentes escopos e valores, conforme o contexto e o período de análise. O Estado brasileiro, no início do século XX, era um Estado oligárquico e patrimonial, estruturado por uma economia agrícola mercantil e uma sociedade de classes com resquícios da escravidão. O poder político estava concentrado em um estamento aristocrático-burocrático de juristas, letrados, e militares, que derivavam seu poder e sua renda do próprio Estado (BRESSER-PEREIRA, 2001).

Na administração pública patrimonialista, o aparelho do Estado funcionou, portanto, como uma extensão do poder soberano, em que seus auxiliares e servidores, possuíam status de nobreza real. A corrupção e o nepotismo eram típicos desse tipo de administração. Com o advento do capitalismo e a separação entre mercado e sociedade civil, essas estruturas se tornam inviáveis, e, “corroídas pelos vícios do patrimonialismo, já não se prestavam às novas formas de intervenção no domínio econômico, na vida social e no espaço político

remanescente. Urgia reformar o Estado, o governo e a administração pública” (COSTA, 2008; p. 844).

Quando Getúlio Vargas assume o poder no Brasil na década de 1930, ocorre uma série de mudanças, no intuito de promover a racionalização burocrática do serviço público. Secchi (2009) lista as três principais características desse modelo: a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo. Em outras palavras, entra em cena o modelo burocrático.

Sobre a formalidade, o autor destaca que são impostos deveres e responsabilidades bem definidas aos membros da organização, além das tarefas serem estabelecidas de maneira a evitar a discricionariedade do indivíduo no trabalho.

A impessoalidade diz respeito ao fato de que, posições hierárquicas pertencem à organização, e não às pessoas que a estão ocupando. Isso ajuda a evitar a apropriação individual do poder, prestígio, e outros tipos de benefícios, a partir do momento que o indivíduo deixa sua função ou a organização.

O profissionalismo é um princípio da burocracia que ataca os efeitos negativos do nepotismo que dominava o modelo patrimonialista, como apontado anteriormente. Aquele está vinculado ao mérito como critério de justiça e diferenciação. A promoção do empregado para postos mais altos na hierarquia depende da experiência na função e desempenho. Outras características do modelo que derivam do profissionalismo são a separação entre propriedade pública e privada, trabalho remunerado, divisão racional das tarefas e separação dos ambientes de vida e trabalho (SECCHI, 2009).

Secchi (2009) afirma ainda, que diversas foram as críticas ao modelo burocrático. Disfunções como resistência às mudanças, o desvirtuamento de objetivos provocado pela obediência acrítica às normas e a impessoalidade levada ao pé da letra são alguns dos exemplos. Outras críticas foram feitas ao modelo burocrático, e elas podem ser notadas implicitamente nas características dos chamados modelos pós-burocráticos de organização, com destaque para o modelo gerencial apresentado adiante.

No Brasil dos anos de 1990, o debate sobre a necessidade de reforma do Estado foi liderada pelo ministro Bresser-Pereira, e suas propostas constavam no Plano Diretor da Reforma do aparelho do Estado (Pdrae). A partir de um diagnóstico da administração pública no país, o plano tinha como proposta inaugurar a chamada “administração pública gerencial”. Os pilares dessa reforma previam ajustes fiscais, reformas econômicas que garantissem concorrência interna e competição com o mercado internacional, reforma da previdência e a reforma do Estado, visando aumentar sua “governança” (COSTA, 2008).

A administração pública gerencial ou nova gestão pública (NGP) é um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação da administração pública baseado em valores de eficiência, eficácia e competitividade. Propunha a redução do escopo e tamanho do Estado, inserindo mecanismos de mercado no governo. Além disso, os cidadãos seriam vistos como clientes e usuários dos serviços públicos, e “o governo concentraria seus esforços nas suas atividades essenciais e exclusivas, direcionando e garantindo o suprimento das necessidades básicas (e direitos) da sociedade por meio de transferências para o setor privado e o terceiro setor” (MOTTA, 2013; p. 84).

O foco da administração pública gerencial é no cliente, no gestor, no resultado e no desempenho. O destaque para o gestor é o que chama atenção, uma vez que proporcionaria maior autonomia e flexibilidade para favorecer ajustes na linha de frente, fixar resultados, firmar contratos e controlar o desempenho organizacional, criando uma cultura com valores empresariais. Houve, portanto, destaque para o trabalho gerencial no setor público. Sobre a crença de que a ineficiência administrativa que se vê na administração pública se justifica pela falta de bom senso e desconhecimento dos gestores públicos sobre princípios da gerência moderna, Motta (2013) faz uma ressalva:

São demasiadamente simplistas para a gestão pública: desconsideraram as dimensões políticas e as condições de trabalho nas organizações públicas. O gestor público está inserido em uma luta de poder capaz de deixar seu cargo politicamente vulnerável em cada decisão tomada. Resolver conflitos torna-se mais importante e toma mais tempo que buscar resultados. Entre suas tarefas principais, inclui-se a busca constante de novos consensos em meio a pressões, conflitos, alianças e agudas limitações de recursos. No gestor, refletem-se as próprias condições de ambiguidade, conflito e desigualdade na distribuição dos recursos de poder. (MOTTA, 2013; p. 86)

Por meio dessa passagem, pode-se destacar que os gestores públicos, nesse cenário de reestruturação do Estado para a Nova Gestão Pública, passaram a lidar com desafios de integração da dimensão social e administrativa, com ênfase na dimensão política, nesse contexto de relações de poder.

Keinert (1994) elenca três habilidades que esses novos gestores públicos deveriam desenvolver: a habilidade humana, calcada no desenvolvimento de liderança, comunicação, negociação, administração de conflitos, enfrentamento de crises e mudanças. A habilidade profissional, que garanta visão de futuro, incentivando a inovação e a qualidade das organizações públicas, incluindo uma capacitação técnica que lhe permita desenvolver

tecnologias administrativas adequadas às especificidades do setor público. Por fim, a habilidade pública: que lhe incumbe de responsabilidade social baseada em noções de ética, democracia e de compromisso com um projeto político nacional fundado na noção de cidadania.

Há destaque para a competência política, já que esta visa articular as demandas populares, e conviver com as relações de poder entre Estado e sociedade, que precisa ser aliada à capacidade técnica para definir prioridades e metas, formular estratégias e gerir recursos escassos.

Para Nogueira (1998), a administração pública se vê então, obrigada a modernizar não somente seu plano econômico e de produção, como também o modo de garantir justiça social. Para ser enfrentada, a complexidade requer novos e melhores conhecimentos, tanto quanto novos métodos de análise e procedimentos. Neste sentido, o gestor público de que se necessita hoje, é um técnico altamente diferenciado, seja *vis-a-vis* os gestores do passado, que operavam em ambiente mais simples e controlado, seja *vis-a-vis* os gestores privados, já que precisam além de todas as habilidades deste último, serem também ao mesmo tempo, técnicos e políticos.

Em suma, esses gestores precisam ser competentes para negociar com atores mais desagregados e fragmentados, mais carentes e solicitantes, mais excluídos e mais cientes de seus direitos. Então, quanto mais colaborar com o rompimento do hiato entre técnica e política, e integrar as decisões técnicas no circuito das decisões democráticas, mais obterá êxito em sua missão (NOGUEIRA, 1998).

Observar as reformas administrativas do Estado mostra que, os gestores públicos, frente aos desafios que lhe foram impostos ao longo do tempo, passaram a ter de lidar, como já dito, com a complexidade do ambiente em que estão inseridos, além do desafio a acompanhar a evolução e reorganização dos processos de gestão, garantindo a condução dessas mudanças e estabelecendo estratégias complexas e contínuas, que repercutam em qualidade de vida da população (ALBARELLO, 2013).

De maneira geral, pode-se observar a tendência que a literatura moderna apontou para o reordenamento do perfil e das novas habilidades requeridas no trabalho do gestor público brasileiro. Entre as atitudes e competências dos gestores públicos apontadas por Salles e Villardi (2017) como necessárias na atualidade estão o espírito crítico, gerir situações imprevistas e mudanças com criatividade, atuar ao mesmo tempo em diversas tarefas, resiliência e inquietação pela melhoria contínua. Elas revelam que, mesmo estando inseridos

em uma realidade caótica, precária em virtude da falta de recursos, com entraves processuais apresentados pelo contexto das instituições públicas e barreiras políticas, os gestores desenvolveram competências intrapessoais para superá-la.

Conforme Lorenzetti *et al.* (2014), no caso específico da área de saúde a ser tratada adiante, as fragilidades na gestão são as mais diversas, podendo ressaltar o subfinanciamento que precisa ser enfrentado, além da baixa qualidade e resolutividade dos serviços ofertados.

Esses autores ressaltam que pesquisas recentes têm mostrado a saúde como principal preocupação das pessoas, ficando atrás, em algumas situações ou países, apenas de questões econômicas de sobrevivência, como desemprego e renda insuficiente. Esta problemática faz com que a política, ações e serviços de saúde assumam, cada vez mais, importância no escopo da gestão pública. Desta forma, constitui um desafio enorme para os gestores desta área, atuar como sujeitos ativos, conciliando práticas de gestão pautadas na eficiência, interação com usuários e trabalhadores.

3.2 O Gestor Público da Saúde

Picchiai (1991) ao discorrer sobre a saúde pública no Brasil logo no início da década de 1990 enfatiza que três fatores contribuíram para o reconhecimento da importância dos gestores da área: o primeiro é a prioridade que a própria sociedade confere à saúde individual e coletiva; o segundo é a especificidade do conhecimento da área e a complexidade tecnológica que exige atualizações constantes; a terceira é a obrigatoriedade de parcelas de investimentos de recursos do governo ao setor saúde.

Macedo *et al.* (2007) reforçam que a complexidade da gestão da saúde pública se dá em virtude da necessidade de conciliar o atendimento da legislação, o interesse geral da sociedade, além de requerer desses gestores capacidade de estabelecer uma relação de comprometimento e ética com as contas públicas que estão sob sua responsabilidade. Além disso, as diversidades regionais também pesam em termos de desafios.

Frente a todas as especificidades presentes no setor saúde, Casimiro (2011) descreve a preocupação que a Organização Mundial de Saúde apresentou em um de seus relatórios em 2006, tecendo recomendações para o desenvolvimento da educação profissional, voltadas para a formação de gestores de sistemas e serviços de saúde. Isso se justifica uma vez que os gestores atuais precisam independentemente das condições econômicas do local, conciliar

eficiência e efetividade no entorno desses sistemas, já que estão à mercê de novas políticas estruturais a todo o tempo.

Casimiro (2011) alerta que, na organização do trabalho em saúde, por muito tempo predominaram imperativos da Teoria Clássica da Administração, calcada em tarefas prescritivas, rotineiras, separadas entre quem planeja e quem executa. Porém, visando o enfrentamento de crises, a partir da década de 1980, o setor veio intensificando ações de planejamento e gestão participativa, previstas na própria legislação do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, para o autor, torna-se imprescindível que os gestores enxerguem o setor de forma sistêmica, compreendendo o processo de trabalho como um todo, dado o caráter multiprofissional e interdisciplinar da área.

O fato de a saúde brasileira ter a pretensão e a responsabilidade da atenção integral a partir da Constituição de 1988, com preceitos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, cabem aos gestores públicos do SUS uma imensa responsabilidade, compartilhada não somente entre seus pares. “A gestão pública é responsabilidade de todos e os mais diversos atores sociais que podem e devem exercer, além do controle público, a gestão participativa. As práticas de gestão pública no SUS possuem muitas expressões, tanto no “atacado como no varejo”, sendo os secretários e dirigentes de saúde das três esferas de governo aqueles que detêm as prerrogativas de instituir, implantar e implementar as políticas governamentais a partir do pacto federativo” (BRASIL, 2005; p. 12).

Conforme definição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde é o gestor responsável pela estrutura sanitária do município, em razão do princípio organizativo da descentralização do sistema. Apesar de cada município atribuir aos gestores responsabilidades que possam variar de acordo com o arranjo político, Machado *et al.* (2011) elencam um rol das principais atribuições de todos eles no âmbito municipal, resumidas no quadro 3:

Quadro 3 - Resumo das principais atribuições dos Gestores Municipais de Saúde

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: Machado *et al.* (2011).

Como se pode observar a partir do quadro supracitado, cada uma dessas macrofunções compreende, por sua vez, uma série de subfunções e de atribuições dos gestores. A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre essas esferas de governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados (MACHADO *et al.*, 2011).

Sobre o que é ser gestor do SUS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS, 2016) traz algumas definições. Quanto ao aspecto técnico, é necessário que o gestor saiba articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde.

Quanto ao aspecto ético, o gestor deve priorizar os direitos fundamentais dos usuários, impedindo que o interesse privado se sobreponha ao interesse público. Por conseguinte, suas

ações devem ser orientadas pela ética, atentando para a necessária divisão e equilíbrio entre os poderes.

Com relação ao aspecto político, o desafio está em interagir com a pluralidade dos grupos e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse sistema. Para tanto, o gestor do SUS é o mediador em diferentes planos e espaços onde se exige desenvolver uma capacidade de compor entendimento sobre suas responsabilidades e a corresponsabilização daqueles que compartilham de suas ações. Nesse sentido, o imperativo para ser gestor (a) do SUS, se configura na atuação cotidiana de mediação a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação, seja no nível central do sistema, seja com a equipe que o apoia (CONASEMS, 2016). Portanto, pode-se mencionar alguns exemplos desses atores sociais com os quais os gestores necessitam dialogar permanentemente, tais como:

- O controle social instituído, a comunidade e a sociedade civil organizada: relacionados uma vez que a Constituição de 1988 garantiu a participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar da população.

- Profissionais de saúde atuantes na região: O diálogo permanente visa garantir a qualidade das práticas profissionais e a organização interna dos serviços de saúde.

- Poderes Legislativo, Judiciário e Comissão de Saúde: Os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário são separados para que cada um tenha a missão de exercer, de modo predominante, uma função do Estado na busca pelo atendimento das garantias constitucionais. Ser gestor do SUS é manter diálogo com esses poderes.

- Equipe técnica: composta de maneira que seja capaz de produzir assessoria técnica e operacional no campo do planejamento, das intervenções comunitárias e da gestão de equipes e coletivos.

- Seus pares: A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. A ênfase é dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre os próprios gestores municipais, na sua região e no

estado. O encontro entre esses atores é capaz de produzir consensos que constroem um SUS vivo e viável para toda a gestão.

Em concordância com o que se viu das competências requeridas ao gestor público de forma geral, conclui-se que os gestores públicos de saúde não podem ser tomados como meros agentes administrativos, providos somente de uma racionalidade instrumental⁴ ou normativa, cuja atribuição seria a de condução regrada e engessada dos sistemas de saúde e serviços. “Tal caracterização, típica da ideologia tecnocrática, destitui ou subordina a personalidade criativa e capacidade política dos gestores, reduzindo-os a recursos humanos com atribuição meramente funcional e adaptativa” (BRASIL, 2005; p. 13).

A próxima seção discutirá alguns conceitos e abordagens sobre a identidade, tanto por meio de literatura nacional como estrangeira, tendo como foco a identidade gerencial.

⁴Sobre os tipos de racionalidades presentes nas organizações, Serva (1997) explica que pelo pragmatismo do campo dos estudos organizacionais, a teoria administrativa deve advir da prática, e a racionalidade substantiva também precisa ser considerada. Com base nos estudos de Guerreiro Ramos e Habermas, a ação racional substantiva é, na dimensão individual, voltada para autorealização, compreendida como concretização de potencialidades e satisfação; e na dimensão grupal, voltada ao entendimento, nas direções das responsabilidades e satisfação sociais. Já a ação racional instrumental e seus elementos constitutivos são: ação baseada no cálculo, orientada para o alcance de metas técnicas ou de finalidades ligadas a interesses econômicos ou de poder social, através da maximização dos recursos disponíveis.

4. IDENTIDADE

4.1 Visão Geral

Os estudos sobre o tema da identidade estão presentes em diversas áreas do conhecimento, tais como a filosofia, a matemática, a psicologia, as ciências sociais e antropologia. Desta maneira, encontram-se na literatura algumas correntes que definem o conceito a partir de distintas bases epistemológicas, porém com uma questão central e atemporal: “Quem sou eu?” e “Quem e o que eu aparento ser, para mim, e para os outros”?

Gleason (1983) afirma que o termo “identidade” se popularizou nas ciências sociais por volta dos anos 50 e sua etimologia é do latim “idem”, significando “o mesmo”, e tem sido utilizada na língua inglesa desde o século XVI. Em álgebra e lógica, tem um significado técnico e tem sido associada à questão mente-corpo em filosofia desde a época de John Locke.

Para Hall (2005), a questão da identidade vem sendo extensamente discutida na teoria social e portanto, deve ser explorada no contexto das sociedades mais modernas. Com o propósito de apontar concepções bem distintas entre si sobre o tema, o autor aborda o sujeito do iluminismo, o sujeito sociológico e o sujeito pós-moderno.

O sujeito do iluminismo retrata uma concepção mais “individualista” de si e de sua identidade, voltado para alguém centrado, unificado, dotado de racionalidade, consciência e ação, cujo centro consistia em um núcleo interior, que emergia pela primeira vez no nascimento e com ele se desenvolvia, ainda que permanecendo essencialmente o mesmo ao longo de sua existência (HALL, 2005).

A noção do sujeito sociológico estaria atrelada ao mundo moderno, em que este núcleo interior do sujeito não seria autônomo e autossuficiente, mas sim formado na relação com outras pessoas importantes para ele, mediando valores, símbolos e sentidos. Aqui, a abordagem interacionista simbólica no campo da sociologia, é uma das grandes referências para o entendimento do assunto, mostrando que a identidade é formada na interação entre o “eu” e a sociedade (HALL, 2005).

Por fim, surge a figura do sujeito pós-moderno, cuja identidade aparece de forma fragmentada, tornando-se provisória, variável e problemática. “A identidade torna-se uma celebração móvel: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam” (HALL, 2005;

p. 13). Logo, o sujeito assume dentro desta concepção, identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não se unificam em torno de um “eu” coerente.

Kenny *et al.* (2011) afirmam que uma pessoa pode parecer ser muitas coisas ao mesmo tempo, mesmo quando essas “identidades” diferentes pareçam inconsistentes ou até mesmo contraditórias. Como exemplo, os autores mencionam que alguém poderia ser um cirurgião politicamente conservador, mas também ateu e homossexual, sendo que todas essas palavras atuam como categorias que nos descrevem em diferentes contextos sociais. Tais identificadores são vitais para nossa experiência de vida, já que atuam como pontos de referência à medida que navegamos ou negociamos nosso caminho.

Alguns aspectos da nossa identidade são difíceis, mas não necessariamente impossíveis de se alterar. Sexo, altura e cor da pele são traços identitários biológicos que, apesar da dificuldade, em alguns casos podem sofrer modificações, como no caso de transexuais. Outros aspectos como religião, hobbies e ocupação profissional são mais abertos de serem modificados, gerenciados e controlados (KENNY *et al.*, 2011).

Investigando e examinando os pressupostos básicos de diversas abordagens acerca do conceito de identidade, Kenny *et al.* (2011) sintetizaram seis diferentes teorias e suas principais características, bem como suas críticas e principais autores, apontadas a seguir no quadro 4:

Quadro 4 - Perspectivas teóricas sobre a identidade

1. Teoria da Identidade Social	
Pressupostos teóricos básicos	- Pessoas se identificam com certos grupos sociais (in-group) e não se identificam com outros grupos sociais (out-group). Elas tem a tendência natural de: <ul style="list-style-type: none"> • Generalizar a partir de suas próprias experiências • Subestimar as diferenças com as pessoas do grupo interno e enfatizar diferenças com o grupo externo.
Abordagem metodológica	A identificação com determinados grupos internos e externos pode ser entendida e analisada a partir do que as pessoas dizem ou fazem, através de entrevistas, observações ou experimentos científicos controlados.
Críticas ou falhas	- Reduz a identidade a um fenômeno cognitivo (o que as pessoas pensam delas mesmas e dos outros) ao invés de enxergá-la como um processo social em que discursos dominantes influenciam nas identificações. - Não examina como e porque os processos de identificação variam entre diferentes culturas e períodos históricos. - Ignora a complexidade, as mudanças e, às vezes, as múltiplas formas de identificação das pessoas.
Fundadores	Henri Tajfel, John Turner
2. Psicanalítica	
Pressupostos	- A psicanálise forma nossas respostas a partir de eventos cotidianos: <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas formam suas identificações com forças sociais particulares no nível da

teóricos básicos	<p>psique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A psique de uma pessoa é formada pelas experiências da vida que são internalizadas. Elas emergem na forma de sentimentos reprimidos (recalque), fantasias ou desejos. <p>Esses elementos podem nos ajudar a entender o poder de normas em particular em dado contexto social.</p>
Abordagem metodológica	<ul style="list-style-type: none"> - A influência da psique pode ser estudada através de análise do que as pessoas fazem ou dizem, bem como através de entrevistas ou observações. - Lacunas nos discursos das pessoas, brincadeiras e “derrapagens” também podem apontar para o inconsciente, aspectos escondidos de suas experiências que podem nos ajudar a entender seu contexto social.
Críticas ou falhas	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação em onde é apropriado aplicar esses conceitos e ideias, visto que são originalmente desenvolvidos para a clínica analítica visando a resolução de problemas psicológicos. - Críticas em relação a não ser científico, porque os experimentos não podem ser testados e nem refutados. - Críticas em relação à misoginia e patriarcalismo.
Fundadores	Sigmund Freud; Jacques Lacan
3. Foucautiana	
Pressupostos teóricos básicos	<p>As pessoas são formadas e se identificam com discursos ou sistemas de pensamentos dominantes, que disponibilizam determinadas posições de sujeito e de autocompreensão. Estes compreendem modos de libertação, bem como modos de sujeição.</p> <p>Em cada caso, o pensamento foucautiano questiona a autonomia que é atribuída aos sujeitos, ao mesmo tempo que resiste a qualquer sugestão de que o comportamento humano é determinado por discursos dominantes, regimes de poder / conhecimento, posições de assunto, etc.</p>
Abordagem metodológica	<p>As identidades são estudadas por meio dos discursos dominantes através dos quais as pessoas criam sentidos de si mesmas e do mundo ao seu redor, provenientes de entrevistas, observações ou análises do discurso de vários tipos de textos (por exemplo, documentos, declarações, tecnologias, etc). Alguns estudiosos expressam uma preferência por dados históricos, com base no estudo de múltiplos textos que refletem um discurso dominante particular em um determinado momento.</p>
Críticas ou falhas	<ul style="list-style-type: none"> - Ênfase na fragilidade do “eu” e sua vulnerabilidade ao poder do discurso. - Negligencia a importância das forças estruturais (como o impulso para o lucro) que são pensadas para formar ideias e, não analisa o papel desempenhado pelas lutas materiais sobre os salários e o controle do processo de produção sob o capitalismo. - A falta de atenção ao grau de margem de manobra e resistência dentro, ao redor e entre os discursos. - Tendência a “reificar” o discurso real: quando o analista assume que o discurso tem uma influência restritiva ao exercer influência sobre as pessoas de maneiras invisíveis, sem mostrar como isso ocorre através da análise empírica dos dados.
Fundadores	Michel Foucault
4. Interacionismo Simbólico	
Pressupostos teóricos básicos	<p>As pessoas constroem o seu senso de si mesmas através da interação com os outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mead vê o “mim” (como pensamos que os outros nos vêem) e o “Eu” (como respondemos às atitudes e ao comportamento dos outros). - Goffman vê a identidade como um processo contínuo de gerenciamento de como nos apresentamos aos outros. Ele usa a metáfora do teatro: assumimos certos papéis, scripts e figurinos que se adequam ao cenário social, para gerenciar essas impressões.
Abordagem metodológica	<p>Preferência pela observação da interação social de ocorrência natural, através da observação participante ou não participante. Preferência para estudos micro-nível, em profundidade de situações particulares, em vez de análise em grande escala do contexto circundante. A identidade pode ser entendida como uma forma de se apresentar aos</p>

	outros e a si mesmo, em situações sociais.
Críticas ou falhas	<ul style="list-style-type: none"> - O interacionismo simbólico foca nas microinterações que são abstraídas do contexto e estrutura social mais ampla (por exemplo, classe, gênero ou hierarquias raciais). - Enfatiza excessivamente a criação de significado, em detrimento de restrições materiais (por exemplo, riqueza e pobreza). A separação de Mead em “Eu” e “mim” foi criticada por fazer suposições especulativas sobre a natureza da mente humana, presumindo a existência de entidades cognitivas distintas e concretas (objetos mentais) - Goffman foi criticado por sugerir que o palco (front-stage) é de alguma forma mais real ou autêntico do que os bastidores (back-stage) e também por não desenvolver suas ideias de penetração nas interações cotidianas em uma teoria coerente.
Fundadores	George Herbert Mead, Erving Goffman
5. Narrativa	
Pressupostos teóricos básicos	As pessoas são moldadas pelas narrativas e histórias que contam sobre si mesmas e suas vidas, e por narrativas extraídas do ambiente social mais amplo que as cerca. As pessoas buscam um senso de significado e coerência sobre si mesmas, contando histórias com personagens e enredos específicos.
Abordagem metodológica	Entrevistas em profundidade e vagamente estruturadas, biografias ou diários que capturam uma rica autorreflexão. A auto-identidade pode ser interpretada a partir das histórias que as pessoas contam sobre si mesmas e suas vidas.
Críticas ou falhas	<ul style="list-style-type: none"> - É difícil construir teorias a partir de narrativas diversas (ou seja, como as histórias podem ser conectadas e juntas construir uma teoria geral). - O processo de selecionar entre diversas narrativas que oferecem interpretações conflitantes das mesmas ações ou eventos podem dificultar na decisão entre quem está “certo” ou “errado”. - As abordagens narrativas colocam ênfase individualista na pessoa que narra, ignorando o contexto e estrutura social mais ampla. - Tendência de isolar as narrativas de identidade baseadas no trabalho da história de vida em geral, de modo que as perspectivas narrativas tenham sido usadas nos estudos organizacionais. - Essa abordagem enfatiza a criação de significado, negligenciando as restrições materiais (por exemplo, riqueza e pobreza). Alguns argumentam que essas coisas nos afetam independentemente de como nós narramos nós mesmos e nossas vidas.
Fundadores	Paul Ricoeur, Kenneth Burke
6. Microinteracionista	
Pressupostos teóricos básicos	As pessoas fazem uso de categorias da identidade como parte de seus métodos para realizar determinadas tarefas. Identidade não é algo que as pessoas tenham, mas algo que as pessoas podem tornar relevante em determinadas situações para alcançar uma ação social específica, como recusar um convite ou fazer elogios, relatar preocupações e assim por diante.
Abordagem metodológica	Preferência por gravação em fita ou gravação de vídeo que ocorra naturalmente. Os métodos, portanto, adotam uma perspectiva profunda, em nível micro.
Críticas ou falhas	<ul style="list-style-type: none"> - Colocam uma ênfase individualista nas estratégias retóricas dos falantes. - Perdem o poder analítico recusando-se a tratar o que as pessoas dizem como fonte de informação sobre si e sobre o mundo. - Não levam em conta elementos contextuais mais amplos, incluindo elementos não discursivos e materiais, tais como as relações sociais de poder em um dado contexto social, econômico, político e histórico.
Fundadores	Harold Garfinkel, Harvey Sacks

Fonte: Adaptado de Kenny *et al.* (2011).

Vale ressaltar que essas abordagens não foram apresentadas pelos autores com o intuito de serem exaustivas, mas sim mostrar algumas compreensões (lentes) diferentes do

assunto, enfatizando que essas abordagens são formas de ver e de não ver a identidade. Especialmente para o caso de combinar perspectivas para compreender a temática é que se deve tomar cuidado, dado os pressupostos de cada uma. No entanto, as dimensões sociais dos estudos da identidade, que serão analisadas adiante, ficam evidentes em qualquer uma delas.

Para Pires (2010), os indivíduos são singulares, mas suas histórias são construídas na vivência com o outro, de maneira a tornar sua biografia inteligível para os demais. “Como a identidade não significa apenas “o que sou”, mas “quem sou” situado no tempo e nos espaços sociais, ela constitui-se como uma experiência cultural. A presença do outro é condição de possibilidade para a constituição e afirmação da identidade” (PIRES, 2010; p. 64).

É nesse sentido que Ciampa (1989) explica que essa nossa singularidade é fornecida em um primeiro instante através do nome próprio que recebemos, e que este nos identifica. Ele é geralmente fornecido pela nossa família, primeiro grupo social com o qual temos contato e, por isso, acabamos nos chamando da forma como os outros nos chamam. Já nosso último nome é o que nos iguala a eles, gerando o que o autor chama de primeira noção de identidade: igualdade, mas também diferença. Sucessivamente, vamos nos igualando e nos diferenciando conforme os mais variados grupos sociais de que fazemos parte.

O conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social que existe objetivamente, com sua história, tradições, normas, etc. No entanto, Ciampa (1989) alerta que um grupo pode existir objetivamente mas seus membros não possuem identificação entre si. Para isso, reforça que é um erro pensar que os substantivos com os quais nos descrevemos e que nos fazem pertencer àquele grupo nos tornaria sujeitos imutáveis e idênticos a nós-mesmos. Na verdade, é com o agir e o fazer que nos tornamos algo. Dentro desta perspectiva, dizer que a identidade é um fenômeno social e não natural é aceitável pela grande maioria dos cientistas sociais.

Diferenciar a questão da identidade pessoal e social também foi uma das questões discutidas por Berger e Luckmann (1976), que associaram a construção da identidade pessoal ao processo de socialização primária, ocorrido na infância, momento em que o indivíduo torna-se membro da sociedade. A construção da identidade social está relacionada, para os autores, ao processo de socialização secundária, que simboliza qualquer processo subsequente que introduza um indivíduo já socializado em novos círculos sociais. A assunção e interiorização de papéis são relevantes para tratar a questão da identidade, uma vez que a associa ao processo de aprendizagem.

Embora haja diversas definições e interpretações para o conceito de identidade, dentro das perspectivas teóricas utilizadas nesta dissertação, pode-se dizer que a identidade é metamorfose (CIAMPA, 1989). Tem caráter dinâmico e é dependente da experiência pessoal de cada ator social em um determinado contexto de ação, fruto dos diversos processos de socialização (DUBAR, 2005).

Tanto do ponto de vista social como pessoal, Machado (2003) diz que o tema da identidade é importante para melhor compreender as práticas singulares ou coletivas. No âmbito organizacional, os estudos começaram a se desenvolver no final da década de 80, sendo, portanto, relativamente recentes. Nesse contexto, sobrepõem-se constantemente interações do indivíduo com diferentes grupos, com o seu trabalho e com a organização, como fenômenos distintos.

Temos, portanto, a dimensão da identidade no trabalho, enfoque deste estudo. Sobre ela, a autora afirma que a construção do eu se dá pela interação com a atividade que se realiza, bem como pelas pessoas que temos contato. “A construção das identidades no trabalho não está desvinculada dos interesses pessoais e coletivos, que estão sendo constantemente articulados nas organizações” (MACHADO, 2003; p. 60).

Logo, parte-se para uma análise psicossociológica da identidade no contexto do trabalho, buscando compreender de que forma o exercício dos papéis e a socialização neste ambiente em específico, contribui para sua construção.

Sobre a dinâmica das identidades sociais e profissionais, Dubar (2005) apresenta no campo das teorias sociológicas, uma articulação de dois processos identitários heterogêneos. O primeiro concerne à atribuição da identidade pelas instituições (podendo ser a de trabalho) e pelos agentes que estão em interação direta com os indivíduos. Só pode ser analisado no interior dos sistemas de ação nos quais o indivíduo está inserido. Aqui se fala em identidade relacional, virtual ou “identidade para o outro.”

O segundo diz respeito à interiorização ativa, à incorporação da identidade pelos próprios indivíduos. Ela só pode ser analisada no interior das trajetórias sociais pelas quais os indivíduos constroem “identidades para si”, também chamada de biográfica ou real, que nada mais são do que a história que eles se contam sobre o que são. A identidade para si não se separa da identidade para o outro, pois a primeira está correlacionada à segunda: reconhece-se pelo olhar do outro.

Ambas definem categorias que, no primeiro caso, constituem um elemento essencial para impor coletivamente, ao menos um tempo, uma rotulagem aos atores implicados, e no

segundo caso, categorias que devem ser legítimas para o próprio indivíduo e para o grupo a partir do qual ele define identidade-para-si. A abordagem sociológica desenvolvida aqui faz da articulação entre essas duas transações a chave para compreender o processo de construção das identidades sociais, conseqüentemente a identidade no trabalho, já que ela se dá na articulação entre os sistemas de ação. (DUBAR, 2005)

Sobre essas categorizações, o autor expõe que elas são legítimas, mas não são fixadas de uma vez por todas, e sim construídas e reconstruídas ao longo da vida, de acordo com os espaços sociais ocupados. Além disso, nada permite hierarquizar nem estabelecer correspondências diretas entre esses campos, a não ser a partir de uma análise empírica. Como exemplo, o autor cita que categorias do campo religioso não são as mesmas que no campo político ou no campo do trabalho. O Quadro 5, a seguir, adaptado de Dubar (2005), apresenta os conceitos da dinâmica das identidades para si e para o outro apresentadas até aqui:

Quadro 5: Categorias de análise da identidade

Processo relacional	Processo biográfico
*	*
Identidade para o outro	Identidade para si
*	*
Atos de atribuição = o que dizem que você é	Atos de pertencimento =você diz que é
*	*
Identidade social “virtual”	Identidade social “real”
*	*
Transação objetiva entre - identidades atribuídas/ propostas - identidades assumidas/ incorporadas	Transação subjetiva entre - identidades herdadas - identidades visadas
*	*
Identificação com instituições consideradas estruturantes ou legítimas	Identificação com categorias consideradas atraentes
Identidade social marcada pela dualidade	

Fonte: Adaptado de Dubar (2005).

No campo profissional, Dubar (2005) garante que, se os modos de construção das categorias sociais adquiriram legitimidade, é porque as esferas de trabalho e emprego constituem áreas pertinentes das identificações sociais dos próprios indivíduos.

Para demonstrar a centralidade que o trabalho possui na vida das pessoas, Dubar (2005) afirma que a “a privação do trabalho é um sofrimento íntimo, um golpe na autoestima tanto quanto uma perda de relação com os outros: uma ferida identitária geradora de desorganização social”. Em contrapartida, o fato de ser reconhecido no trabalho, de estabelecer relações ainda que conflituosas com os outros, de se empenhar pessoalmente em uma determinada tarefa é, ao mesmo tempo, construtor de identidade pessoal e de criatividade social (DUBAR, 2005; p. 22).

Sainsalieu (1995) aponta que a socialização dos indivíduos no trabalho deriva das relações de poder, gerando normas coletivas de comportamento, e fornecendo a possibilidade de construção de identidade. De acordo com esse autor, as identificações possíveis por parte do trabalhador na organização estão vinculadas ao tipo de trabalho que realiza, a empresa que pertence e à trajetória do que o indivíduo imagina para si no trabalho. São importantes também, os tipos de relacionamento que se desenvolvem lá dentro.

Machado (2003) conclui que:

A construção das identidades no trabalho não está desvinculada dos interesses pessoais e coletivos, que estão sendo constantemente articulados nas organizações. Os arranjos sociais que se desdobram nas empresas são dinâmicos e permeiam a memória dos seus integrantes. Os indivíduos selecionam, assim, aqueles relacionamentos que constituirão parte de seu universo relacional, para que, a partir daí, construam as experiências e os relacionamentos com os quais irão fazer face às pressões que objetivam elevar os espaços de poder na organização. A identidade no trabalho constitui, dessa forma, componente importante no processo motivacional, que concorre também para a construção de uma autoestima positiva. Consequentemente, não só a realização do trabalho, mas também a esfera social organizacional é positivamente afetada, podendo resultar em formas de trabalho mais criativas, que contribuem para integrar a subjetividade, a socialização e o trabalho (MACHADO, 2003; p. 60).

A seguir serão descritos alguns dos estudos desenvolvidos sobre a identidade dos gerentes e as suas peculiaridades.

4.2 Identidade Gerencial

A identidade gerencial é o foco deste trabalho, constituindo um recorte metodológico sobre o tema, na medida em que ressalta o “fazer” do sujeito em relação à sua atividade profissional no contexto do trabalho. Em outras palavras, a identidade do gestor é o que ele faz como gestor, é seu agir enquanto tal (ÉSTHER, 2007). Neste sentido, as diversas perspectivas teóricas apresentadas anteriormente sobre o trabalho gerencial apontam o tipo de atuação e de fazer do gestor, articulando com as respectivas competências desejadas para o desempenho da função.

Evidentemente, do ponto de vista empírico, cada indivíduo age a seu modo, desenvolvendo uma espécie de personagem (CIAMPA, 1989), sendo esta ação associada ao papel que desempenha ou deve desempenhar. No caso dos gestores públicos, a reforma do Estado da década de 1990 buscou aproximar sua atuação à dos gestores empresariais, o que passou a lhes exigir certas competências antes não exigidas, ou seja, os gestores públicos se viram pressionados a dominar ferramentas e métodos, e mesmo a lógica, comuns ao setor privado. Deste modo, seu papel também é redefinido, algo expresso, inclusive, nas definições do CONASEMS quanto aos aspectos, técnico, ético e político da função de gestor municipal de saúde.

No entanto, a revisão da literatura nacional não identificou a existência de uma pesquisa sobre o tema da identidade gerencial no setor público, especialmente no que concerne ao gestor de saúde e, particularmente, do gestor municipal de saúde. Neste contexto, pode-se destacar os estudos de Ésther (2007), Ésther e Melo (2008), Ésther, Shiavon e Pereira (2008) e Ésther, Silva e Melo (2010). No primeiro, sobre diretores de unidades acadêmicas em uma Universidade Federal mineira, os autores realçaram as tensões advindas do próprio processo de “tornar-se gerente” no setor público, posto que sua identidade vem sendo construída num contexto também em transformação, cheio de peculiaridades, demandas e pressões institucionais, internas e externas, que colocam em xeque o papel da universidade e, por conseguinte, de seus gestores, em todos os níveis.

No segundo, sobre a construção identitária dos chefes de departamento no contexto universitário, percebe-se, também em razão das tensões presentes no cotidiano dos sujeitos, que os discursos pressupõem uma identidade que é construída, jamais consistindo numa essência ou substância fundamental. Ao contrário, a própria identidade de político –

conciliador, mediador, negociador, foi considerada como algo que precisa ser construído, trabalhado e também negociado. Dessa forma, pode-se afirmar que toda identidade é política.

Lara *et al.* (2017) analisam a trajetória de 11 prefeitos do interior de Minas Gerais para identificarem objetivamente quais experiências que estes atores vivenciaram até ocupar o cargo e como essas podem ter influenciado no modo de ação enquanto gestores. Concluem que o contexto social e profissional dos prefeitos entrevistados, incluindo sua escolaridade, influenciou a sua identidade, assim como, o aprendizado gerencial, que ocorreu de maneira formal e informal. Outro fator relevante encontrado nesta pesquisa refere-se à importância dos exemplos, familiares ou políticos, como fonte de aprendizado, uma vez que influenciam as ações e decisões dos prefeitos ao assumirem o cargo gerencial.

A partir da produção científica sobre a identidade profissional de atores da saúde coletiva no Brasil, Silva e Pinto (2013) observaram que poucos são os estudos que discutem acerca desta temática na área, havendo, assim, inúmeras lacunas do conhecimento. A área da saúde pública tem demonstrado grande evolução nos últimos anos em termos de saberes, recebendo inclusive reconhecimento internacional, merecendo, portanto, uma investigação sobre a identidade dos que atuam nesse segmento.

Pelos resultados da pesquisa de Silva e Pinto (2013), foram analisadas a construção da identidade profissional do enfermeiro (Gomes e Oliveira, 2005; Faria, 2006), a identidade do médico na saúde coletiva (Andrade, 2011; Bonet, 2003 e Almeida 2010), de psicólogos (Santos 2002; Castanho 1996) e farmacêuticos (Saturnino, 2008), concluindo, portanto, que nenhum estudo até o momento foi desenvolvido, buscando analisar a construção da identidade dos gestores da área de saúde.

A seguir, serão apresentados os passos metodológicos desta pesquisa, com sua respectiva caracterização, cenário e sujeitos da pesquisa, posicionamento epistemológico e formas de coleta e análise de dados no campo.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização da pesquisa

Nas últimas décadas, as técnicas e métodos de pesquisa ganharam múltiplas formas, fazendo com que pesquisadores contassem com flexibilidade nas formas de interpretar os dados obtidos no campo. Creswell (2010) recomenda a adoção de uma estrutura tal que seja capaz de subsidiar todas as fases da pesquisa, desde a avaliação das ideias filosóficas gerais por trás da investigação até a coleta de dados detalhados e procedimentos de análise.

O estudo de temáticas embasadas em aspectos psicossociais como a identidade, tratada neste trabalho, exige do pesquisador atenção especial às questões ambíguas, subjetivas e não verbais advindas de seus sujeitos de pesquisa (MINAYO, 2001).

Para percorrer um caminho metodológico pautado nessa análise, esta é uma pesquisa desenvolvida dentro de uma epistemologia interpretativista, fenomenológica de caráter qualitativo. Diehl e Tatim (2004) explicam que o método fenomenológico se preocupa com a descrição direta da experiência tal como ela é, ou seja, a realidade é uma construção social que deve ser interpretada. Desta forma, existem diversas formas de fazê-la e o sujeito pesquisado tem importância crucial nesse processo de construção do conhecimento.

Para Minayo (2001, p. 22), a pesquisa qualitativa trabalha com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que possibilita ao pesquisador uma análise mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Na definição de Patton (1986) a principal característica de pesquisas de cunho qualitativo é o fato de que essas seguem a tradição interpretativa, significando que partem de um pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças e pressupostos, e que seu comportamento tem sempre um sentido e um significado a serem trabalhados pelo pesquisador.

Quanto aos procedimentos, é caracterizada como um estudo de caso, visto o interesse em analisar de que forma é construída a identidade dos gestores de saúde em uma microrregião em específico. O estudo de caso é uma modalidade amplamente usada nas ciências sociais e consiste no estudo profundo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2002). Servirá, conforme Alves-Mazzotti

(2006), para fornecer insights sobre o assunto e tratar de fenômeno pouco investigado, neste caso o da identidade gerencial, o qual exige estudo aprofundado de poucos casos, que leve à identificação de categorias de observação ou à geração de hipóteses para estudos posteriores.

5.2 Cenário da pesquisa

Como mencionado, parte do processo de descentralização político-administrativa do SUS se dá com a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Conforme Guimarães (2005), os módulos assistenciais de nível microrregional, preconizados pela norma operacional do Ministério da Saúde (MS), devem ser organizados no âmbito de municípios-sede capazes de ofertar um conjunto de ações de média complexidade para a sua própria população e para a população dos municípios a eles adscritos. Tal diretriz exige que todas as unidades da federação elaborem seus Planos Diretores de Regionalização (PDR's), explicitando-se o papel de cada município no sistema estadual de saúde.

A região de saúde é, portanto, essencial para a conformação do Sistema Único de Saúde, sendo um recorte territorial que aglutina municípios para ganhar escala e densidade tecnológica, suficientes para garantir a integralidade da atenção à saúde em pelo menos 90% das necessidades de saúde da população. A região é território dotado de certas características e serviços, mas sua essência é territorial face ao cumprimento de necessidades comuns dos entes municipais. Espera-se dos gestores do território a discussão das necessidades de saúde da população em relação à oferta de serviços e cooperação e complementariedade para solução de problemas comuns (SANTOS, 2017).

Como cenário deste estudo foi escolhida, intencionalmente, a microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas, em função de sua importância e abrangência. Tal microrregião aglutina vinte e cinco municípios conforme o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, possui extensão territorial de 8757,5 quilômetros quadrados e população total de aproximadamente 650 mil usuários, sendo, portanto, a maior microrregião de saúde da macrorregião sudeste (DATASUS, 2011). Tem a peculiaridade de possuir em sua composição, o município de Juiz de Fora como o pólo de toda a macrorregião, significando que tal município é responsável por ofertar a atenção terciária, ou seja, serviços de média e alta complexidade. Em contrapartida, tem-se dois outros municípios de pequeno porte como pólos microrregionais, com características bem distintas deste primeiro. As entrevistas foram

realizadas, portanto, nos três pólos dessa microrregião, dada a importância dos mesmos na estrutura e composição do Sistema Único de Saúde.

5.3 Sujeitos da pesquisa

A seleção dos sujeitos de pesquisa foi feita de maneira intencional, sendo esta uma das características da pesquisa qualitativa, que pressupõe a busca de participantes que possam contribuir efetivamente com o pesquisador na resposta do problema (CRESWELL, 2010). Desta forma, foram convidados os três gestores municipais de saúde dos municípios-polo da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas (identificado nas análises como G1, G2 e G3), que estavam exercendo o cargo nessas secretarias de saúde.

Além deles, foram selecionados no rol de entrevistados, atores que lidavam diretamente com o trabalho desses gestores, uma vez que a identidade é um conceito construído não somente a partir do próprio sujeito, mas levando em consideração, também, a perspectiva do outro nas relações sociais.

Para isso, foram incluídos, o promotor de justiça, representante do Ministério Público atuante nesta microrregião em análise (identificado nas análises por PJ), cuja pauta específica de trabalho era a saúde pública e sua fiscalização; os três Conselheiros Municipais de Saúde de cada município (CMS 1, CMS 2, CMS 3), sendo eles os representantes do segmento dos usuários, tendo em vista a dimensão democrática materializada pela participação popular no SUS, e por fim, os prefeitos desses três municípios (P1, P2, P3), uma vez que são os responsáveis pela escolha, nomeação e direcionamento do trabalho dos gestores naquele local. É importante esclarecer que este tipo de pesquisa não pressupõe julgamentos dos sujeitos entrevistados, mas tão somente refletir sobre suas percepções e concepções acerca da função gerencial a partir de suas próprias experiências.

Minayo (1994) reforça que, para a seleção dos entrevistados na pesquisa qualitativa, o que se deve privilegiar são os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador deseja conhecer e para tal, o tamanho ideal é aquele capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Sendo assim, optou-se por selecionar esse total de dez sujeitos, que atuavam e / ou lidavam com o trabalho gerencial dos Secretários de Saúde.

5.4 Levantamento de dados

Como principal instrumento de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos de pesquisa descritos anteriormente, buscando conferir certa flexibilidade à dinâmica do processo, além de dar voz aos entrevistados. Para o uso desta técnica, Trivinões justifica que:

(...) a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante. Desta forma, a espontaneidade conferida ao entrevistado auxiliará na elaboração do conteúdo final da pesquisa. (TRIVINÕES, 1996; p.146)

Para esta etapa, foram elaborados dois roteiros, sendo o primeiro direcionado para os sujeitos primários (APÊNDICE 1), ou seja, os próprios gestores municipais, e o outro para os sujeitos secundários (APÊNDICE 2), aplicados aos representantes do Ministério Público, conselheiros de saúde e prefeitos, conferidas as devidas adaptações. As perguntas foram respondidas em sua totalidade, uma vez que os participantes demonstraram confiança e boa vontade com a pesquisadora.

Os encontros foram previamente agendados via *e-mail* ou telefone e todos os sujeitos de pesquisa foram entrevistados em seus locais de trabalho, nos respectivos municípios. Preceitos éticos foram conduzidos por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com explicação e detalhes da pesquisa, que foram apresentados pela pesquisadora e assinados em duas vias pelos entrevistados, de forma a garantir a não divulgação de nenhum dado pessoal ou indesejado referente aos participantes. Foi também solicitada e consentida por todos os entrevistados, permissão para a gravação do processo para posterior transcrição e análise dos dados.

Foram utilizados dados secundários, tais como leis, dados estatísticos apresentados pelos próprios sujeitos durante as entrevistas, dentre outras fontes, de modo a obter uma compreensão mais abrangente do campo de ação e da própria atuação gerencial dos secretários.

5.5 Análise dos dados

Para a análise do que foi obtido com as entrevistas semi-estruturadas, utilizou-se o método de análise de conteúdo. Bardin (1977) aponta que essa técnica se aplica a análise de comunicações diversificadas, apoiada por processos técnicos de validação, que oscila entre os pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Além disso, “absolve e cauciona o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não dito) retido por qualquer mensagem.” (BARDIN, 1977; p. 9)

Ao domínio da análise de conteúdo, pertencem todas as iniciativas que consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo, com o contributo de índices passíveis ou não de quantificação (BARDIN, 1977). Em uma primeira fase, as entrevistas foram transcritas na íntegra, para que pudessem ser analisadas pela pesquisadora. No momento de exploração do material, foram selecionados trechos das falas que tiveram maior relevância e relação com o referencial teórico abordado nesta pesquisa, bem como com os objetivos propostos.

Guerra (2010) ressalta que a análise de conteúdo tradicional que se estrutura somente a partir de categorias e subcategorias, tem orientação positivista lógico-dedutiva, em que a teoria detém o comando integral dos resultados da pesquisa, e deixa escapar as dimensões e racionalidades dos sujeitos. Assim, na busca de obter melhor proveito do que emergiu do campo, optou-se por não definir inicialmente todas as categorias de análise, mas sim construí-las tanto a partir da abordagem teórica, como da fala dos entrevistados, o que possibilitou o rearranjo desses eixos temáticos durante o processo.

Como categorias a priori, foram estabelecidas, a trajetória dos secretários municipais de saúde, atribuições do cargo, o dia-a-dia do gestor do SUS e as categorias de análise da construção identitária desses sujeitos, baseadas no referencial de Dubar (2005). Emergiu da fala dos entrevistados, a categoria referente às condicionantes do trabalho do gestor do SUS, uma vez que todos eles narraram angústias e recompensas vinculadas ao cargo e que afetariam no exercício deste. Esclarecidos os aspectos metodológicos que nortearam a realização da pesquisa, procede-se nos capítulos a seguir, a análise dos dados.

6. O TRABALHO DO GESTOR DO SUS

Este capítulo se inicia com a apresentação do perfil e trajetória profissional de cada um dos três gestores municipais da saúde dos municípios-pólo da microrregião estudada, relatando de onde vieram até chegar a aceitação do atual cargo político.

Adiante, passa-se aos tópicos de descrição do trabalho gerencial em si, subdivididos no seu dia-a-dia de trabalho, nos requisitos do cargo de gestor municipal da saúde, nas condicionantes do trabalho do gestor público do SUS e seus facilitadores e dificultadores.

6.1 Perfil e Trajetória dos gestores municipais da saúde da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas

As considerações sobre os gestores foram individualizadas por município de atuação, a fim de obter maior profundidade na compreensão de cada um desses sujeitos, conforme sua história e realidade.

Como já exposto, foram analisadas as trajetórias de três gestores, sendo a do município de Juiz de Fora do sexo feminino e dos municípios de Lima Duarte e Bom Jardim de Minas, do sexo masculino. A sequência de análise dos dados dos gestores apresentada, a seguir, considerou como critério metodológico, somente a ordem de realização das entrevistas feitas pela pesquisadora, uma vez que esta sequência não impactaria nos resultados.

A primeira gestora de saúde entrevistada era responsável pelo município de Juiz de Fora (MG). Conforme dados relatados no plano municipal de saúde elaborado por técnicos desta secretaria, o município possui a peculiaridade de ser polo microrregional, como também é capacitado para a gestão plena, o que significa que recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (CONASS, 2003). Possui com isso, um forte aparato técnico/científico nos serviços de saúde, e é referência para cerca de cento e sessenta municípios em muitos procedimentos de média e alta complexidade.

A gestora possui formação em Economia, pós-graduação em Finanças e MBA em liderança e Gestão Pública. Também é professora de uma faculdade particular do município. Sobre sua carreira, relatou que ingressou na prefeitura como membro de um projeto inovador e de grande porte, e assim que este núcleo de trabalho acabou, prestou concurso para a prefeitura, atuando imediatamente na área de controladoria geral do município. Afirmou que nesse período, ao auditar a secretaria de saúde e apontar algumas oportunidades de melhoria,

foi convidada a substituir o então secretário de saúde que havia desistido no cargo. A partir de então seu interesse e experiência na área foi aumentando com o tempo e, ao surgir o convite do prefeito municipal, os desafios da gestão financeira da saúde a estimularam a aceitá-lo.

O segundo gestor entrevistado representava o município de Lima Duarte-MG. Com formação em História e pós-graduação em Planejamento e Gerenciamento de saúde, relatou que começou sua carreira em um hospital privado na cidade de Juiz de fora, em uma clínica de anestesia, onde permaneceu por oito anos na área administrativa. Lidava com médicos e fazia primordialmente o serviço burocrático relativo à gestão de convênios. Depois, foi para uma empresa administradora de planos de saúde, onde durante cinco anos realizava cadastro de beneficiário. Adiante, mudou-se para o Rio de Janeiro para trabalhar com manutenção predial em hospitais. Com a questão da crise neste Estado, os contratos de trabalho foram sendo finalizados e sua equipe toda desligada. Após algum tempo, surgiu a oportunidade de ser gestor da saúde de Lima Duarte, sendo sua primeira experiência no cargo.

O último gestor entrevistado, do município de Bom Jardim de Minas (MG), relatou que seu primeiro emprego foi em um hospital no município de Carvalhos (MG) aos dezessete anos de idade, como recepcionista, fazendo fichas de consulta. Destacou que foi aprendendo durante esse período, atividades que não eram relacionadas com o cargo. Depois disso, em razão de sua então formação em Enfermagem, trabalhou como responsável técnico neste mesmo município, onde foi convidado a ser secretário de saúde pela primeira vez. Permaneceu lá durante dois anos e no ano de 2017 foi convidado pelo prefeito de Bom Jardim de Minas para trabalhar como Coordenador do Programa de Saúde da Família.

Após a saída do secretário de saúde do período, o entrevistado aceitou assumir o cargo mesmo não sendo residente no município. Alegou que sua experiência anterior lhe dava segurança suficiente para exercer o mandato.

Analisando as trajetórias dos três gestores, observa-se que antes de assumirem os cargos de secretários de saúde em questão, esses sujeitos percorreram caminhos bem distintos. Em termos acadêmicos, percebe-se que por não haver exigência de uma formação profissional específica, cada um deles pertencia a uma área distinta de conhecimento. No entanto, é relevante observar que todos narraram alguma experiência de trabalho formal com o setor da saúde antes de chegarem no atual cargo gerencial, seja diretamente na atividade-fim, como no caso do gestor com experiência em Enfermagem, seja nos dois outros casos em que a atuação envolvia atividades burocráticas na área.

Conforme depoimento dos próprios entrevistados, assumir a função de gestor da saúde, descrita como de confiança dos prefeitos municipais (livre nomeação e exoneração), nos remete à ideia de consagração/ reconhecimento por uma história profissional de conquistas positivas e representatividade social no campo da saúde. Porém, a palavra “desafio” esteve presente em todos os três discursos, independentemente de experiências anteriores, tendo em vista as dimensões com as quais esses sujeitos precisam lidar no dia-a-dia:

(...) eu amo desafios e estou aqui. Já bati alguns records. Tem três anos que estou no cargo de gestora da saúde e eu fui a que está durando mais tempo no cargo até hoje (G1).

Eu sempre trabalhei na área privada, então uma das questões foi o desafio do novo trabalho na área pública e também por eu ser do município e conseguir exercer através do cargo, uma função social (G2).

Assumir o cargo foi um desafio! Já tinha construído meu nome na minha cidade e faltava construir em um outro lugar. Foi um leque a mais. Se fui chamado aqui e em outra cidade foi um bom sinal sobre o meu trabalho (G3).

Descrever a trajetória profissional percorrida pelos sujeitos de pesquisa se fez relevante para a compreensão da temática tratada neste trabalho pois a identidade tem caráter dinâmico e é dependente da experiência pessoal de cada ator social em um determinado contexto de ação, fruto dos diversos processos de socialização, sejam eles acadêmicos, pessoais ou profissionais. Desta forma, cada vivência anterior contribuiu para quem são esses gestores atualmente (DUBAR, 2005; BERGER E LUCKMANN, 1976).

6.2 Atribuições do cargo do gestor municipal da saúde

Relatar as exigências e o perfil para o exercício do cargo de gestor municipal da saúde foi uma das etapas necessárias para compreender, *a posteriori*, como esses sujeitos configuram suas identidades no trabalho.

Essa análise foi realizada a partir do que é esperado, conforme definição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, bem como o que os próprios gestores enxergam como necessário a partir de sua vivência, aprendizado e prática de gestão. Como já

mencionado, o gestor é responsável pela estrutura sanitária no âmbito do município, em razão do princípio organizativo da descentralização do sistema. Ainda assim, suas atribuições e responsabilidades variam, de fato, conforme arranjo político local.

Nesse sentido, aos gestores dos três municípios pesquisados, foi perguntado o que é necessário para exercer o cargo de secretário municipal de saúde nos dias de hoje, bem como quais recomendações dariam para alguém que viesse a assumir o cargo futuramente. O intuito foi o de confrontar essas perspectivas com as principais atribuições dos Gestores Municipais de Saúde elencadas por Machado *et al.* (2011) no Quadro 3 apresentado anteriormente.

Quanto ao primeiro questionamento, sobre o que é necessário para exercer o cargo, tomando o quadro supracitado como referência, as atribuições dos gestores foram divididas para fins didáticos em quatro subtítulos e desmembrados nos quadros a seguir, sendo eles: Formulação de políticas e planejamento (quadro 6), financiamento (quadro 7), regulação, coordenação, controle e avaliação (quadro 8) e execução direta dos serviços (quadro 9). Com isso, obteve-se o seguinte resultado:

Quadro 6 – Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Formulação de políticas e planejamento

<i>Requisitos conforme Normas Operacionais Básicas do SUS (Machado et al., 2011)</i>	<i>Requisitos conforme visão dos gestores municipais de saúde</i>
Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal	<p><i>“Para mim o serviço de urgência detém uma prioridade sobre a atenção primária. Porque lá morre, né?” (G1)</i></p> <p><i>“Saber lidar com as intercorrências, com a necessidade da população local é o fundamental. A saúde hoje é muito carente em qualquer região e precisamos saber contornar os problemas do dia-a-dia, sempre com a questão financeira e disponibilidade de recursos em mente”. (G2)</i></p> <p><i>“Hoje não existe amadorismo na área da saúde. Na dúvida do que priorizar, solicito auxílio do COSEMS e outros gestores”. (G3)</i></p>
Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos	<p><i>“Eu acho que tem que ter muito conhecimento sobre os instrumentos de planejamento. Mas hoje vejo necessidade de casar o planejamento da assistência e da gestão financeira ao mesmo tempo.”(G1)</i></p> <p><i>“A dificuldade em se trabalhar com os instrumentos de planejamento de maneira efetiva hoje, é pelo atraso dos repasses.” (G2)</i></p> <p><i>“Meu município não atingia meta nenhuma de prestação de</i></p>

	<i>conta no Cosems e com planejamento eu coloquei tudo em dia.” (G3)</i>
Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação dos serviços privados (caso necessário)	<i>“Como gestora, verifico todas as redes assistenciais. Mas, como eu disse, priorizo medicamentos na ponta e os serviços de urgência”. (G1)</i> <i>“Às vezes tenho dois pacientes com pedido de exames, mas com gravidades distintas. A prioridade são doenças crônicas, câncer, hemodiálise, etc” (G2).</i> <i>“Eu tento controlar a oferta de tudo, mas minha prioridade é oncologia, e o atendimento à gestantes, até porque é lei”. (G3)</i>

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Machado *et al.* (2011) e dos depoimentos dos entrevistados

Com o Decreto nº 7508 de 2011, a organização e o planejamento do SUS ganham destaque e novos desdobramentos para auxiliarem os gestores no que deve ser observado (CONASS, 2015). Em relação ao mapeamento de prioridades e às ações de planejamento, ficou evidenciada a importância que todos os secretários conferem a esses instrumentos. Eles foram citados como de fundamental relevância para o alcance das metas e para a prestação de assistência de qualidade, porém sempre com a ressalva da questão financeira, frente à escassez e instabilidade dos repasses de recursos. Apesar das peculiaridades da gestão pública, é crescente a adoção do repertório gerencial das empresas privadas por parte das organizações públicas, tendo em vista que o setor vem apresentando deficiências e demandando, assim, mudanças em sua estrutura e funcionamento (ÉSTHER, 2010). O ato de planejar é uma prática advinda desde os estudos clássicos de Taylor com sua filosofia de “ciência no lugar do empirismo” para as organizações da época, e mesmo com as incertezas que desestabilizam o setor público, ainda se mostra necessário e utilizado pelos gestores como tentativa de manter controle.

Uma vez que a lei orgânica da saúde estabelece que o processo de planejamento do Sistema Único de Saúde deveria ser ascendente, ou seja, ter início no nível local até o federal, fica demonstrada a centralidade que os gestores municipais exercem na construção de políticas públicas do setor, já que representam o ente mais próximo dos usuários.

Sobre a organização da oferta de ações e serviços da saúde, os gestores apresentaram divergências com relação às suas prioridades, algo esperado inclusive, em função do perfil e porte de cada local onde atuam. A gestora do município que possui responsabilidade pela gestão dos prestadores de serviço demonstrou priorizar as unidades de pronto-atendimento (urgência e emergência), tendo em vista a gravidade dos atendimentos ali realizados, além da

repercussão que costuma ocorrer quando este setor apresenta assimetrias. No entanto, observou-se nos outros dois municípios-polo com estruturas menores, que a atenção dos gestores é voltada para o atendimento às doenças crônicas, que hoje apresentam grande demanda e é de grande prevalência na população.

Quadro 7 – Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Financiamento

<i>Requisitos conforme Normas Operacionais Básicas do SUS (Machado et al., 2011)</i>	<i>Requisitos conforme visão dos gestores municipais de saúde</i>
<p>Garantia de aplicação de recursos próprios</p> <p>Critérios claros de aplicação dos recursos federais, estaduais e municipais</p> <p>Realização de investimentos no âmbito municipal</p>	<p><i>“Eu acredito que se não vier o pacto federativo, do jeito como o SUS está constituído, não vai dar conta. Atualmente, toda a conta recai para o município, que é o ente mais fraco. O SUS é um tripé. E com a perna quebrada do Estado, nós estamos em uma situação muito complicada.” (G1)</i></p> <p><i>“Hoje, sabemos que estamos com problemas com o Estado na questão financeira. A saúde de Lima Duarte está bem graças a ajuda da prefeitura, já que temos um prefeito cuja prioridade é a saúde. A União nos atende melhor que o Estado. O desafio hoje é manter as necessidades de saúde com recurso próprio. Gastamos em torno de 27% com saúde, sendo que a obrigação legal é de 15%. (G2)</i></p> <p><i>“A divisão tripartite de responsabilidades está funcionando muito mal. O município gasta muito mais dos 15% que é obrigado a gastar. O Estado está gastando 3% e o Ministério público não faz nada. Todos judicializam o município porque sabem que temos 24h para cumprir. A União até hoje está em dia. Mas recurso de contrapartida do Estado não chega, o que acaba comprometendo nosso orçamento total.” (G3)</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Machado *et al.*. (2011) e dos depoimentos dos entrevistados.

Quando perguntados acerca do atual modelo de financiamento do SUS, principalmente no que tange à divisão de responsabilidades tripartite, os gestores foram unânimes ao afirmar que, com a falta de repasse dos recursos estaduais em virtude do endividamento expressivo deste ente, os municípios sofreram diretamente as consequências, tendo que assumir essas lacunas.

Conforme expresso na Constituição Federal de 1988, os municípios precisam destinar 15% de seus recursos próprios para o financiamento do SUS. No momento da pesquisa, todos os gestores afirmaram destinar valores bem superiores a este estabelecido (alcançando até

27%), gerando enormes dificuldades na alocação e administração dos recursos municipais para outras áreas.

Como mencionado por Reis *et al.* (2016), apesar do aumento da destinação de recursos públicos para atenção à saúde nos últimos anos, questões como as mudanças na pirâmide etária, a tripla carga de doenças (elencada pelos autores e pelos próprios entrevistados) e a incorporação tecnológica da saúde têm exigido mais recursos dos tesouros. Por determinação constitucional, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Sendo assim, problemas e fragilidades de ordem política, econômica, gerencial e assistencial, produziram de fato a dissociação do que os autores chamaram de ‘SUS constitucional’ e o ‘SUS real’.

Como consequência deste cenário de instabilidade financeira, a oferta dos serviços públicos fica comprometida, ampliando o fenômeno da judicialização da saúde e penalizando principalmente os municípios, que é o ente mais próximo do usuário, e onde a justiça é mais acessível.

Quadro 8 – Atribuições dos Gestores Municipais da Saúde: Regulação, coordenação, controle e avaliação

<i>Requisitos conforme Normas Operacionais Básicas do SUS (Machado et al., 2011)</i>	<i>Requisitos conforme visão dos gestores municipais de saúde</i>
Organização das portas de entrada do sistema	<i>“Apesar de a legislação definir que a porta de entrada para atendimento público é o próprio Sistema Único de Saúde, ainda sofremos com pacientes que passam em consultórios particulares e querem o restante da assistência aqui. E vimos ainda a justiça corroborar, em alguns casos.” (G3)</i>
Estabelecimento de fluxos de referência / Integração das redes de serviços	<i>“Estamos fazendo um modelo novo, de tentar tudo dentro do território. Mas eu acho que eu preciso da efetividade.”(G1) “Nossa referência é o município de Juiz de Fora para os serviços de média e alta complexidade. Dependendo desse fluxo frequentemente é complicado.”(G2) “Os municípios menores, obviamente, não conseguem integralidade no seu próprio território. Dependemos muito de Juiz de Fora.” (G3)</i>
Articulação com outros municípios para referência	<i>“As pactuações de prestação de serviços são feitas no nível da Comissão Intergestores Bipartite. As relações às vezes são conflituosas visto que é impossível atender a todos.” (G3)</i>

<p>Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados / Regulação sanitária nos casos pertinentes</p>	<p><i>“Temos uma relação conflituosa apenas quando vamos renovar contrato. Eles querem um pedaço da fatia que no caso, a gente não tem. A questão é financeira, eu entendo o lado dos prestadores também, está ficando difícil pra eles, mas até chegar a um acordo. Depois que passa a negociação a coisa fica calma. A questão financeira hoje é o que causa todos os nossos problemas.” (G1)</i></p> <p><i>“Nós estamos sempre em contato com os fornecedores e quando tem algum problema estamos em reunião discutindo” (G2)</i></p> <p><i>“Tem uns prestadores que ficam desconfiados porque sou muito detalhista. Por exemplo, confiro toda a cota pactuada com o laboratório. Na Agência de cooperação Intermunicipal estão cobrando alguns serviços que eu não autorizei. Então confiro coisa por coisa. Se chegar uma fiscalização sei dizer sobre tudo aqui.” (G3)</i></p>
<p>Avaliação dos resultados das políticas municipais</p>	<p><i>“Sou interpretada como durona nas negociações. Mas como procuro ser imparcial e justa, minha gestão tem aprovação, principalmente dentre os prestadores.” (G1)</i></p> <p><i>“Nós temos aqui um medidor que é o facebook. Eu não tenho facebook, mas sei que tudo que rola é colocado lá. Do que eu ouço, creio que minha maneira de gerir o município foi bem aceita e valorizada.” (G2)</i></p> <p><i>“No princípio tive muita rejeição por não ser do município. Conforme foi passando o tempo, fui tão bem aceito que acho que para oposição foi bem ruim.” (G3)</i></p>

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Machado *et al.* (2011) e dos depoimentos dos entrevistados.

Sobre a organização das portas de entrada do sistema, um dos gestores expôs um dos pontos mais críticos para o dia-a-dia da gestão: a interferência do judiciário nas decisões gerenciais. A justiça tem o papel de proteger e assegurar os direitos dos usuários. No entanto, conforme relato dos próprios gestores, essas decisões muitas vezes atropelam o que o próprio sistema preconiza. A judicialização da saúde é um fenômeno jurídico indesejado para a gestão do SUS pois interfere nos processos de planejamento e programação das ações de saúde, criando novas e custosas demandas que, apesar de garantirem o direito individual à saúde, comprometem a execução orçamentária e financeira do sistema e, naturalmente, a execução dos programas e projetos prioritários.

Quanto ao estabelecimento dos fluxos de referência nos atendimentos, percebe-se a diferença entre um município-polo de grande porte e os outros dois menores. A primeira

gestora consegue propor que seus atendimentos ocorram dentro do próprio território, enquanto os gestores dos municípios menores ficam reféns de serviços de média e alta complexidade oferecidos fora de seus espaços. Essa diferença estrutural interfere diretamente na maneira como os gestores dos municípios de pequeno porte conduzem seu planejamento e suas ações diárias, uma vez que uma parte da assistência não é reflexo do seu trabalho, mas sim da articulação com outros municípios de referência.

Os gestores apontaram que as restrições financeiras impõem uma disputa de forças entre os prestadores de serviços e a gestão municipal. De um lado, o poder público sem capacidade plena de pagamento, necessitando a todo tempo barganhar e, de outro, as empresas privadas que prestam serviços ao SUS, mas que querem “uma grande fatia do bolo” como se expressou a primeira gestora, evidenciando a mercantilização da saúde.

Com relação ao resultado da avaliação das políticas municipais ficou evidenciado sob quantos olhares o gestor municipal encontra-se submetido. Tal avaliação passa pelo crivo dos próprios usuários, que os avaliam por redes sociais, muito comum na atualidade, bem como por prestadores de serviços e principalmente a oposição ao governo de situação, uma vez que o cargo de gestor público possui extrema influência e interferência de interesses políticos (MOTTA, 2013)

Quadro 9 – Execução direta dos serviços

<p><i>Requisitos conforme Normas Operacionais Básicas do SUS (Machado et al., 2011)</i></p>	<p><i>Requisitos conforme visão dos gestores municipais de saúde</i></p>
<p>Gerência de unidades de saúde</p>	<p><i>“Hoje tenho 63 unidades básicas de saúde com pouca efetividade. Acredito que eu ganharia em escala se reduzisse esse número e aumentasse a abrangência de atuação” (G1).</i></p>
<p>Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.</p>	<p><i>“Me reúno com os gerentes das unidades, tento in loco, ouvir os profissionais, pois é muito importante saber sobre quem está na ponta. Preciso ouvir essas pessoas pra fazer qualquer tipo de planejamento.”(G1)</i></p> <p><i>“Fazemos reuniões mensais com as equipes, uma a uma e uma geral, já que são demandas diferentes. Também procuro manter minha sala aberta pra qualquer problema.” (G2)</i></p> <p><i>(...) “pessoal até reclamou de eu deixar a coordenadoria de PSF. Até hoje sou a referencia lá. O nome é equipe e</i></p>

	<i>não “eu” quipe. Às vezes sou até bobo porque trabalho muito em conjunto com meus funcionários.” (G3)</i>
--	---

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de Machado *et al.* (2011) e dos depoimentos dos entrevistados.

Dentro de todas as atribuições dos gestores da saúde está a de dimensionamento de sua estrutura, oferta de serviços, quadro de funcionários bem como o exercício de liderança das equipes de saúde. De acordo com os preceitos do SUS, é interessante que as unidades básicas de saúde estejam bem próximas do domicílio dos usuários por região para que se consiga garantir acesso e, em tese, resolutividade. No entanto, uma das gestoras apontou a dificuldade que possui de gerir um número elevado de unidades, dada a insuficiência de recursos limitada pelo piso da atenção básica.

Além de gerir recursos e a oferta de serviços, os secretários lideram as equipes de trabalho de toda a estrutura sanitária no município, incluindo os funcionários administrativos da própria secretaria municipal de saúde, além das demandas e dos interesses diversos desses grupos. Isso remete ao que Vargas (2011) define para a ação gerencial, quando afirma que as relações dos gestores com outros funcionários são, em muitos casos, conflituosas, pelo fato de ser necessário administrar interesses antagônicos como, por exemplo, deslocar um ou outro de uma função. Ainda, para a autora, a prática do gestor não está desvinculada da realidade do local, do município que está inserido e tais configurações sociais fazem com que ele tenha que aprender novas formas de ouvir, conduzir e negociar situações cotidianas com a equipe.

Sobre o questionamento de quais as recomendações dariam a quem viesse assumir a cargo de gestor municipal da saúde, obtiveram-se as seguintes respostas:

Nunca perca o planejamento, porque planejamento é o seu norte. E conheça o município que você está (G1).

Tem que ter paciência e disposição para enfrentar problemas. Tem que pensar na população ao mesmo tempo com a disponibilidade de recursos (G2).

Pé no chão. Trabalhar dentro da lei e sem fazer política. A justiça sempre vem atrás da gente quando nem estamos mais no poder. Creio que a saúde tinha que ter uma prefeitura a parte, com estrutura própria, já que é muito arriscado. Em muitas cidades vemos o vice-prefeito como secretário de saúde porque tem pretensões políticas (G3).

Os gestores conferiram destaque novamente às funções que aparecem no rol de exigências das Normas Operacionais do SUS, como o planejamento e a aplicação correta dos

recursos financeiros, uma vez que os secretários de saúde são fiscalizados por inúmeros olhares, a exemplo do controle externo do Ministério Público e do Judiciário, a opinião pública, o conselho municipal, o prefeito, os trabalhadores da saúde, a câmara dos vereadores e até mesmo pelos seus pares, representado pelo COSEMS. Também, a necessidade de capacitação técnica para o exercício da função em detrimento do “fazer política”, que será discutido mais adiante.

A G1 destacou que saber as especificidades do município que se está gerindo também é importante, uma vez que o rol de atribuições se modifica principalmente em razão do contato direto ou não com o usuário.

6.3 O dia-a-dia do gestor do SUS

Sabe-se que o trabalho gerencial foi passando por diversas reformulações ao longo do tempo, conforme as exigências organizacionais em um dado contexto. Desta maneira, foi perguntado aos três gestores municipais como poderiam descrever o seu dia-a-dia de trabalho à frente das secretarias municipais de saúde. A G1 deixa claro o quanto a função exige atuação em três níveis: o estratégico, tático e operacional, evidenciando a pluridimensionalidade e complexidade do trabalho gerencial (DAVEL E MELO, 2005).

Primeira coisa: dou uma geral em como está a assistência. Como está a atenção primária, como estão as coisas no HPS, nas redes assistenciais... Segunda coisa que eu faço muito é olhar como está a questão financeira. O quanto estamos devendo, o quanto isso impacta na assistência, e também projetos estratégicos. Hoje estamos trabalhando com oito projetos estratégicos (G1).

Os gestores 2 e 3, representando o município de Lima Duarte e Bom Jardim de Minas, respectivamente, apresentaram o lado “tarefeiro” de sua atividade, bem como ações e práticas de adaptação diante das novas demandas, conforme apontado por Turetti *et al.* (2011). Mostram também que mesmo com todo o esforço para se garantir o planejamento da gestão, os imprevistos típicos da área de saúde surgem a todo o momento, impedindo-os de manter uma rotina fixa, pré-estabelecida.

Aqui geralmente não tenho um horário certo nem uma atividade determinada. O foco é no atendimento à população com as suas demandas de consultas, exames. Temos uma policlínica que tem bastante demanda, além da Santa Casa que temos ligação. A rotina é o dia a dia mesmo, os problemas que vão aparecendo (G2).

Priorizo ajudar a todos os pacientes e penso que eu poderia estar no lugar deles. Então a gente faz que aparece. Marco exame de sangue, consulta, controla pagamento, recurso (...) (G3).

Motta (2013) afirma que o gestor público está inserido em uma luta de poder capaz de deixar seu cargo politicamente vulnerável em cada decisão tomada. Por isso, resolver conflitos no dia-a-dia torna-se mais importante e toma mais tempo que efetivamente o alcance por resultados. Entre suas tarefas principais, inclui-se a busca constante de novos consensos em meio a pressões, conflitos, alianças e agudas limitações de recursos. No gestor, refletem-se as próprias condições de ambiguidade, conflito e desigualdade na distribuição dos recursos de poder.

6.4 Condicionantes do trabalho do gestor do SUS

Conforme exposto nos discursos dos três secretários municipais entrevistados, identificou-se que o trabalho dos gestores de saúde é condicionado por fatores dificultadores, fontes de tensão e angústia, mas também por facilitadores, fontes de prazer e motivação no ambiente de trabalho. Essas questões são válidas, visto que repercutem nos modos como esses indivíduos conduzem a gestão.

A judicialização da saúde, o subfinanciamento e/ou falta de repasse de recursos financeiros foram mencionados como os principais entraves para a gestão municipal.

A respeito da judicialização, um dos gestores afirmou sobre o quão danosa ela se mostra para o funcionamento do sistema como um todo, visto inclusive, que ela é multifatorial. Seu discurso confere com os argumentos de Pepe *et al.* (2010) que apontou sobre o perigo do deferimento absoluto de pedidos judiciais, já que estes aprofundariam as iniquidades e favoreceriam somente os que têm acesso à justiça, em detrimento de um contingente maior de usuários que poderiam estar sendo atendidos com aquele recurso. Apontou também para o risco de criação de uma estrutura paralela de gestão, não previstas no planejamento.

A judicialização causa angústia, mas estamos fazendo um levantamento das causas dela. Acho que tem vários momentos da judicialização: falta de eficiência da própria rede, falta de medicamentos para fornecer aos usuários, fora os medicamentos que não estão no rol do SUS e alguns médicos prescrevem. São várias causas e esse é um dos nossos projetos estratégicos. Quando eu gasto dinheiro com judicialização, é dinheiro que eu deixo de comprar medicamentos para a rede toda (G1).

O subfinanciamento do SUS e a falta ou atraso de repasses dos recursos pelos entes, federal e estadual, foram as questões mais citadas pelos gestores como dificultadores do trabalho gerencial. O financiamento tripartite prevê a participação de todas as três esferas de governo. No entanto, ficou claro que os municípios têm arcado com muitas despesas que não estão em seu escopo de atuação, principalmente as do ente estadual, o qual encontrava-se em situação de calamidade financeira⁵ momento da pesquisa.

Eu acho (isso é uma coisa que me dói) que deve-se estudar aquilo que é possível oferecer ao usuário. Porque te falo hoje, o Brasil não tem condições de oferecer tudo, tendo em vista o subfinanciamento e o atraso dos repasses. Dessa forma, a gente acaba que não faz nada bem feito. Não estou falando de Juiz de Fora não. Estou falando em termos de Brasil. A gente não faz uma atenção básica bem feita, não faz uma secundária, nem a urgência e emergência... a terciária nem se fala. Com isso, aumenta o poder de judicialização para poucos. A gente tem que pensar que a gente tem que dar universalidade do bom para todos. Hoje quem vive o SUS, vive isso. Damos o “mais ou menos” para todo mundo em função do financiamento. É isso que a gente quer dar mesmo? (G1).

Hoje, sabemos que estamos com problemas com o Estado com a essa questão financeira, hoje a saúde de Lima Duarte está muito bem em questões de ajuda da prefeitura, já que temos um prefeito cuja prioridade é a saúde. Então é muito ruim a participação do Estado na saúde e o ente Federal nos atende melhor que o Estado. O desafio hoje é manter as necessidades de saúde com recurso próprio. Gastamos em torno de 27% com saúde, sendo que a obrigação legal é de 15% (G2).

A divisão de responsabilidades tripartite está funcionando muito mal. O município gasta muito mais dos 15% que é obrigado a gastar. O Estado está gastando 3% e o Ministério público não faz nada. Todos judicializam o município porque sabem que temos 24h para cumprir. A União até hoje está em dia. Mas recurso de contrapartida do Estado não chega, o que acaba comprometendo nosso orçamento total (G3).

⁵ Disponível em <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2017/04/05/interna_politica,859865/situacao-financeira-de-minas-e-a-segunda-pior-do-pais-aponta-pesquisa.shtml>. Acesso em: 01/04/2019.

Quando perguntados sobre suas angústias diante dessas condicionantes financeiras, apontaram que o fato de não conseguir atender os usuários a tempo e com qualidade é o que mais os desmotivam no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Recursos para subsidiar o básico, por exemplo. Não ter dinheiro para comprar medicamentos, o Estado não mandou e aí faltou medicamento lá na ponta. Alguém que vai parar um serviço me causa angústia. A falta de financiamento impacta diretamente na assistência. A coisa mais angustiante é saber que nosso estoque está baixo e o fornecedor não entrega por falta de pagamento. Me deixa louca quando o Estado não paga o extrapolamento de teto, e aí o prestador diminui o número de máquinas de hemodiálise. Nós hoje também temos muitas pessoas contratadas, se a gente não paga o prestador, a gente quebra ele. Tem uma clínica aqui na cidade que nós estamos quebrando ela, só que o dono, que é um médico antigo, acha que ele deve fazer isso. Ele já vendeu dois imóveis para colocar na clínica dele (G1).

Não conseguir tudo o que é solicitado. Ouvi de uma advogada em um curso que o respaldo do SUS é a fila. Eu até questionei, porque quando você está diante de um paciente com uma necessidade, é muito difícil você justificar que essa pessoa tenha que aguardar 5 meses para resolver seu problema de saúde pois não há recurso para atender todo mundo em tempo hábil (G2).

O paciente precisar de uma transferência e ter a negativa de SUS fácil de todos os lados pois não há mais vagas. Quando não tem o que fazer e você depende dos outros para resolver é o grande desafio. Tem um patamar que não é com você mais. Quando eu cheguei no município, a câmara tinha feito uma lei de que era responsabilidade da prefeitura pagar medicamentos de alto custo e procedimentos de média e alta complexidade, apenas para fazer politicagem com a população. Eu fiquei apavorado. O que é de responsabilidade de outros entes financiar nós não podemos assumir. Aí expliquei que isso deveria ser revogado se não quebraria a prefeitura (G3).

É possível notar que os gestores sentem-se impotentes e angustiados quando ficam impossibilitados de resolver os problemas da saúde em seus municípios, face aos problemas de financiamento. Esses fatores são externos e alheios ao seu planejamento, mas impactam diretamente na qualidade da prestação dos serviços. Conforme mencionado por Tureta *et al.* (2011) as constantes situações que interrompem os gestores e acabam diminuindo suas possibilidades de planejar o serviço, os forçam a novos tipos de adaptação, mas que são ao mesmo tempo, suas efetivas fontes de angústia, conforme observado nos discursos.

No que diz respeito aos fatores facilitadores, fontes de prazer e motivação, os gestores mencionaram como recompensador o caráter social do trabalho de gestor do SUS. Pontuaram que quando alcançam a solução das mais variadas demandas dos usuários, sentem-se realizados de alguma forma. De fato, como apontam Lorenzetti *et al.* (2014), pesquisas recentes têm mostrado a saúde como principal preocupação das pessoas, ficando atrás, em algumas situações ou países, apenas de questões econômicas de sobrevivência, como desemprego e renda insuficiente. Desta forma, fica evidente a importância do trabalho desses gestores na vida do cidadão-usuário do sistema público de saúde.

Ver uma pessoa que entra doente sair saudável. Mesmo não tendo tanto contato com o usuário, eu recebo alguns de mandados judiciais, e quando resolve é muito gratificante... E isso não tem preço. Não há salário que pague. Tem a questão das unidades, você ver que estão felizes com o atendimento, saber que o médico tá atendendo bem, já que hoje temos muitos problemas com o acolhimento... Uma coisa que a gente tá trabalhando que é difícil, e ontem mesmo eu conversei com o secretário de transportes sobre, ele falou que conversou com um especialista em mediação de conflitos, para pessoas que lidam com o público. Pedi pra colocar meus funcionários na lista também! Nós da saúde lidamos com a “falta de saúde” e muitas vezes o enfraquecimento da saúde mental. Hoje ninguém tem paciência para ouvir (G1).

Atender e ajudar pessoas as quais fui colega de escola, podendo ajudar a população como um todo. Tem o conhecimento que se adquire e o próprio projeto do SUS que é muito bonito e se desse certo, seria referência para o mundo. Ter esse contato é interessante, já que é na dificuldade que a gente aprende também (G2).

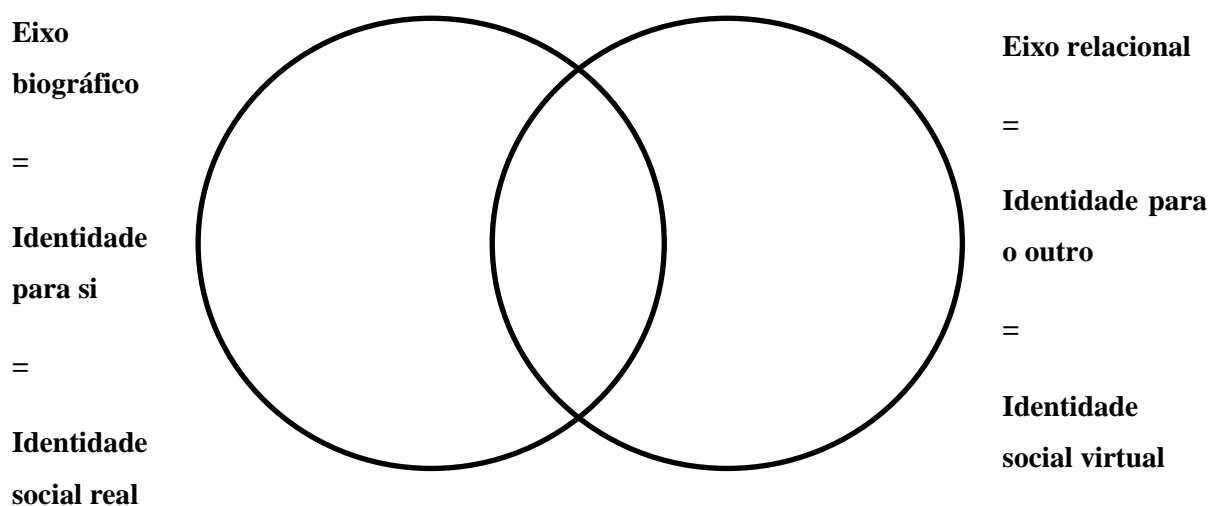
Receber a gratidão dos pacientes. Resolvi outro dia o problema de uma paciente com 13 anos, com diagnóstico de câncer, no qual o tratamento era caríssimo e ouvir um muito obrigado é gratificante porque hoje a menina está curada (G3).

Todos os entrevistados apontaram como gratificante na função gerencial exercida no campo da saúde pública, o alcance da resolutividade das demandas dos usuários, desde as mais simples até as mais complexas. Conforme citado por Dubar (2005), para demonstrar a centralidade que o trabalho possui na vida das pessoas, o autor ressalta o fato de que ser reconhecido no trabalho, de estabelecer relações ainda que conflituosas com os outros, de se empenhar pessoalmente em uma determinada tarefa é, ao mesmo tempo, elemento de construção de identidade pessoal e de criatividade social.

7. A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DO GESTOR DO SUS

Neste capítulo estão descritos os elementos utilizados para compreender a construção identitária dos gestores da saúde, com base em como esses sujeitos se vêem e percebem a função gerencial (identidade social real), como são vistos pelos demais atores em virtude da função que ocupam (identidade social virtual), bem como essas dimensões combinam-se para dar corpo às formas identitárias, conforme esquema de referência a seguir (Figura 1):

Figura 1 - Esquema de referência para a análise da identidade dos gestores



Fonte: Elaborada pela autora, a partir de Dubar (2005).

A área de interseção representará os pontos de convergência entre esses eixos, demonstrando aquilo que o autor chamou de articulação entre os sistemas de ação, que propõem identidades virtuais e 'as trajetórias vividas', no interior das quais se forjam as identidades 'reais' às quais os indivíduos aderem. A identidade para si não se separa da identidade para o outro, pois a primeira está correlacionada à segunda: reconhece-se pelo olhar do outro. É válido reiterar que essas categorizações não são fixadas de uma vez por todas, mas construídas e reconstruídas ao longo da vida, de acordo com os espaços sociais ocupados (DUBAR, 2005).

7.1 Identidade social real: Ser gestor de saúde, segundo os próprios gestores

A todos os secretários municipais de saúde foi perguntado o que é ser gestor municipal do Sistema Único de Saúde. As respostas foram uníssonas no sentido de perceber o caráter desafiador e complexo do cargo, principalmente diante das restrições financeiras que assolam todos os municípios. Percebe-se que as habilidades gerenciais que mais foram destacadas tomando por base o discurso dos entrevistados são a do gestor articulador, uma vez que dependem de negociações constantes com os prestadores pactuados e a do gestor versátil, flexível, que necessita ter “jogo de cintura” e que “mata um leão por dia”, conforme se expressam adiante:

Ser gestora é ter um **desafio** constante. É não ter um dia igual ao outro. É ter uma meta de melhorar a saúde da população em um cenário tão diverso, onde os recursos são escassos, a atenção à saúde também não é das melhores, e tentar melhorar isso (G1, grifo da pesquisadora).

Trabalhoso e **muito difícil**. Eu falo que se eu tivesse uma bola de cristal eu não aceitaria o cargo. É lidar com a situação financeira da secretaria e a necessidade da população. Isso é muito difícil. Por ser uma cidade pequena não tem muitos recursos, médicos e hospitais. Então a gente depende muito de Juiz de Fora, polo regional. **É matar um leão por dia** (G2, grifo da pesquisadora).

Eu brinco com todos os prefeitos com quem eu trabalhei que **é o cargo a ser oferecido ao inimigo do prefeito**. A secretaria de saúde é uma prefeitura à parte, porém bem problemática. Quando aparece um recurso para tapar um buraco, todo mundo quer ser o dono. Ai você tem que ter **jogo de cintura** para saber no que vai gastar. Ao município de Bom Jardim de Minas, o Estado deve mais de 1 milhão, só na área da saúde. Com isso, o município arcou com mais de 200 mil reais só para medicamentos. E o problema é que o recurso que vai para um município de 1000 habitantes, é o mesmo para o de 5000 habitantes (G3, grifo da pesquisadora).

Retomando os apontamentos de Davel e Melo (2005), como são os gestores que realocam, na prática, as diversas racionalidades presentes nas organizações, coube, aqui, compreender aspectos sobre a natureza do seu trabalho e até que ponto as mudanças no ambiente interno e externo às organizações afetam sua condição como gestor, conseqüentemente a construção de sua identidade no trabalho. Quando esses fatores foram analisados, que chamamos anteriormente de condicionantes do trabalho do gestor do SUS, aqueles que mais se destacaram foram os aspectos financeiros, relacionados ao subfinanciamento e atraso nos repasses, bem como o da judicialização, interferência

indesejada do poder Judiciário nas demandas da saúde e que provocam desordem em seu planejamento.

O caráter político do cargo fica evidenciado nos discursos dos gestores, uma vez que o “ser gestor da saúde” também significa ter de lidar com diversos grupos e articular esses interesses, muitas vezes contraditórios. Conforme o CONASEMS (2016), o desafio está em interagir com esta pluralidade de e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse sistema. Foram mencionados os trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, seus pares, representados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), a Câmara de Vereadores, os prefeitos, conselheiros municipais de saúde e o Ministério Público, com ênfase nesses três últimos grupos que também foram ouvidos nesta pesquisa.

No entanto, pode-se concluir um ponto interessante nas falas dos secretários, uma vez que quando questionados sobre “para quem eles trabalhavam”, as respostas também foram unânimes em considerar apenas a população de seus respectivos municípios, rechaçando a influência exercida por outros grupos:

Eu trabalho para o povo de Juiz de Fora. Como sou servidora, minha obrigação é servir. Levo muito a sério (G1).

Eu trabalho para a população de Lima Duarte. Tento desvencilhar de questões políticas, não sou político, então tento atender sem que essa questão atravesse os interesses da população (G2).

Trabalho para o povo. Eu não marco consulta nem exame para vereador. Se você não tiver pulso forte, você é manipulado (G3).

Conforme se pode depreender dos depoimentos, ficou nítida a intenção dos gestores em evidenciar o caráter técnico da função, em detrimento do caráter da “politicagem”, ou seja, aquela política de interesses pessoais ou troca de favores. Demonstram insatisfação quando se vêem pressionados a atender demandas de grupos políticos, tais como as que chegam a pedido de vereadores com o intuito de atender eleitores, em detrimento das legítimas demandas populares, já que desta forma estariam ferindo os princípios constitucionais da impessoalidade e moralidade.

7.2 Ser gestor de saúde, segundo os prefeitos

Os prefeitos municipais são atores fundamentais para compreender dimensões acerca de quem sejam os gestores municipais da saúde e seus aspectos identitários, uma vez que se trata de um cargo de confiança, escolhido por eles próprios.

Aos três prefeitos foi perguntado o que eles consideravam ser um secretário municipal da saúde:

Eu acho que o secretário municipal de saúde, ao contrário do que se percebia antigamente, de que o gestor para ser bom tinha que ser um médico, ao contrário, hoje vejo que o bom gestor da saúde, às vezes não deve ser o médico. Sua forma de ver a questão assistencial pode confundir-lo do ponto de vista da gestão. O que não quer dizer obviamente que não possamos ter um bom médico gestor. Então o secretário de saúde tem que ter: sensibilidade social. Ter a certeza de que está lidando com o momento de maior aflição do indivíduo. Tem que ter grande capacidade de gestão: é saber que não vivemos na Dinamarca, e sim no Brasil. Aqui é preciso fazer as melhores opções para otimizar aquele trabalho e não aquela que seria a ideal. Juiz de Fora hoje, aplica quase 29% dos recursos, enquanto a obrigatoriedade constitucional seria 15%. E nem com isso a gente consegue fazer a saúde dos sonhos (P1).

Ele tem muita responsabilidade, já que é ele que atua na ponta, atendendo a população. Tem que ser uma pessoa de muito tato, porque o usuário que chega ali é no desespero. É um parente doente, é uma pessoa numa situação desesperançosa, e quando procura a saúde tem que ser bem recebido (P2).

Por meio das falas dos primeiros dois prefeitos entrevistados pode-se observar a importância concedida ao conhecimento técnico e ao pragmatismo necessários ao gestor nos dias de hoje, tendo em vista as portarias ministeriais que estão em constante atualização, as diretrizes que se alteram conforme mudanças no governo, etc. Evidente também está a habilidade política e social, quando os entrevistados mencionam a “sensibilidade” e o “tato” destes profissionais para saberem se colocar no lugar dos usuários mas, ao mesmo tempo, articular essas demandas com a disponibilidade de recursos.

O prefeito do terceiro município aponta um aspecto destacado por Bartolomé (1972) sobre a definição do trabalho gerencial. Quando o entrevistado cita que o gestor da saúde precisa estar atento ao trabalho 24 horas por dia, remete-os à imagem estereotipada do super-homem que os norte-americanos impuseram aos gerentes de “super forte”, “super duro”, “super autossuficiente”, afirmando que há pouca liberdade para esses sujeitos expressarem

aquela mistura de força e fraqueza, independência e dependência, dureza e ternura, que é inerente a um ser humano.

Ser gestor de saúde é ser um segundo prefeito. É uma responsabilidade muito grande, é ficar 24 horas por conta. Ele não tem horário pra nada. Eles têm que ter jogo de cintura... Saber falar sim e não (P3).

Importante reforçar que é de se esperar no discurso dos prefeitos municipais que suas secretarias estejam, de fato, funcionando bem aos olhos dos usuários, uma vez que dependem disso para a manutenção de suas imagens como bons políticos e até mesmo para a conquista de uma futura reeleição, almejada por alguns deles. Foi questionado também, o que esperavam e quais as expectativas ao nomearem um gestor municipal de saúde:

A primeira coisa é fazer uma gestão que não seja político-partidária (...). Não só em relação à saúde, mas qualquer secretaria, é importante ele esquecer da sua vinculação político-partidária. Ele tem que fazer uma gestão republicana, de atenção à todos (P1).

Que ele saiba levar a secretaria dele com muita dignidade e respeito ao cidadão. E que tenha muita moral perante aos funcionários. Se não ele não se sustenta na gestão (P2).

Que dê o máximo e tenha competência. Não é só ser um ser humano, tem programas a serem cumpridos, preenchimento de formulários, que se ele não entender a gente perde recursos. Então só na minha gestão já passaram três secretários. O primeiro foi mandado embora por incompetência, o segundo pediu para sair porque não aguentou o tranco. Esse está aguentando (P3).

Diante de todos os três depoimentos, ficou explícito que os prefeitos, ao escolherem seus secretários de saúde, optam por priorizar as habilidades elencadas por Katz (1976): o saber técnico, em que subentende-se a compreensão e a proficiência em suas atividades específicas, neste caso a da saúde; a habilidade humana, em que o gestor necessita trabalhar eficientemente como integrante de um grupo e de realizar um esforço conjunto com os demais componentes que dirige; por fim, a habilidade conceitual, que compreende a consideração da instituição como um todo, ou seja, a interdependência das funções.

Esses entrevistados também foram questionados sobre quais dificuldades seus secretários de saúde costumavam enfrentar. Em consonância com o que fora pontuado pelos próprios gestores como um dos condicionantes do trabalho gerencial, aparece em primeiro lugar a justificativa do subfinanciamento como relatado a seguir:

Financiamento. Eu sempre ouvi que o problema da saúde no Brasil era uma questão de gestão. Hoje estou convencido ao ver as coisas acontecerem, que podemos sim, ter erros pontuais de gestão. Não vamos acertar 100%, mas hoje há sim uma deficiência enorme de recursos para financiar um sistema do tamanho do SUS hoje. Com o repasse de recursos que é feito hoje pelo governo federal e do estado, é impossível para o gestor municipal dar respostas adequadas (P1).

Os recursos, dinheiro. Sem ele não temos nada. Deve ser muito bom receber aquilo que temos direito (P3).

Eu pontuo o anseio da população de atendimento com carros. Uma coisa que a gente nem pode oferecer, mas todo mundo quer o carro para levar o paciente para Juiz de Fora. A parte de consultas e medicamentos o gestor não encontra tantas dificuldades porque quase não falta. Outro ponto é a questão financeira. Nós só não estamos enfrentando dificuldades porque eu consegui recursos com o Governo Federal para custeio e isso me deu um conforto para realizar algumas compras (P2).

O relato do último prefeito destaca uma especificidade que atinge os municípios de pequeno porte, no que diz respeito às funções operacionais que os gestores precisam controlar diretamente: a logística de pacientes para a realização dos atendimentos fora do território (tal indisponibilidade também está vinculada à disponibilidade de recursos). Destaca também que diferentemente dos demais municípios, a responsabilidade tripartite da gestão financeira está funcionando melhor, graças à articulação com o governo federal. Isso evidencia novamente que a habilidade técnica e política dos gestores com relação aos outros entes devem existir para garantia dos repasses (KEINERT, 1994; CONASEMS, 2016).

7.3 Ser gestor de saúde, segundo o representante do Ministério Público

Construído o novo paradigma de saúde pública como direito social, a função primordial do Ministério Público foi atualizada como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (PEREIRA et. al., 2019).

Tendo em vista o exercício do controle externo exercido pelo Ministério Público e a influência que este órgão exerce no dia-a-dia de trabalho dos gestores públicos, o promotor de justiça responsável pela coordenação regional das promotorias de defesa da saúde da macrorregião sudeste também foi ouvido nesta pesquisa.

O Ministério Público possui conforme seu próprio representante, a incumbência de atuar de forma efetiva na construção e controle das políticas públicas, no combate a eventuais

irregularidades, seja na parte assistencial, seja na parte de prejuízos financeiros ao sistema único de saúde. O escopo da coordenadoria regional de saúde é preventivo, então se busca sanar os problemas no seu nascedouro. O órgão tem participação ativa nos comitês intergestores da região, da rede de urgência, participando de discussão de problemas e soluções que envolvem a saúde pública. Levam, portanto, um pouco da visão do Ministério Público para os secretários municipais de saúde que participam desse debate, no sentido de contribuir e fortalecer o sistema único de saúde como um todo nessa região.

Quando perguntado sobre o que é ser um gestor municipal de saúde, o entrevistado afirmou que sua percepção é a de que muitas vezes os prefeitos, quando escolhem seus secretários, não tem a percepção da relevância e importância desta função.

Nos deparamos muitas vezes com gestores sem capacidade técnica, e não estou me referindo nem a especialização na área da saúde, mas uma capacidade e formação que torne essa pessoa apta a lidar com todo o contingente de recurso, com toda a normatização que a saúde pública traz, com conhecimentos sobre aplicação e prestação de contas que se exige a partir do recebimento desses recursos. Então a gente percebe que muitos municípios, ressaltando é claro, as exceções que tem pessoas muito capacitadas, mas nesses casos em que nos deparamos com gestores incapacitados é que percebemos perda de recursos enormes, problemas que desqualificam a gestão, até porque uma vez que não se presta conta aos Estados ou ao Ministério da Saúde, perde-se recursos. Há necessidade de melhoria na escolha desses gestores (PJ).

Ao contrário do que fora afirmado pelos próprios prefeitos, na visão do Ministério Público os secretários de saúde são escolhidos, em alguns casos, por critérios alheios àqueles relativos ao saber técnico, principalmente quando notória a influência de questões políticas no meio. Em sua visão, essa interferência no trabalho dos gestores é ainda mais perceptível em municípios de pequeno porte.

(...) muitas vezes também questões políticas, e aí quando os municípios vão diminuindo de tamanho, isso vai ficando mais evidente. São ingerências políticas dos serviços de saúde, nas preferências no atendimento de determinado usuário em detrimento de outro, falta de critérios objetivos para o acesso aos serviços de saúde, desorganização e falta de estrutura para que os serviços sejam bem prestados (PJ).

Ainda na visão do representante do Ministério Público, quanto mais capacitado para o exercício da função forem esses gestores, melhores seriam os resultados. Para ele, se a pessoa que está na chefia da saúde no município não for suficientemente preparada para tanto, terá

dificuldades para fazer valer toda a regulamentação que o SUS normatiza e exige deles. Quanto ao comprometimento do gestor, ele ressalta a importância da desvinculação às questões políticas que às vezes é muito difícil.

Se a questão política é muito evidente em determinado município, ela garante aos usuários, por exemplo, o direito de parar o gestor na rua e cobrar soluções, independentemente se aquela demanda é legítima ou não (apenas em razão de apoios políticos dado ao grupo em exercício). Em todos os municípios existe essa pressão política em maior ou menor grau (PJ).

O posicionamento do entrevistado corrobora o que o manual do CONASEMS (2016) traz como aspectos do que é ser gestor do SUS: o técnico, o ético e o político. Quanto ao aspecto técnico, é necessário que o gestor saiba articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde. Quanto ao aspecto ético, o gestor deve priorizar os direitos fundamentais dos usuários, impedindo que o interesse privado se sobreponha ao interesse público. Por fim o político, para dialogar permanentemente com os diversos atores sociais.

7.4 Ser gestor de saúde, segundo os conselheiros municipais de saúde

A gestão colegiada de políticas públicas exige novas relações, democráticas e dialógicas, entre sociedade e Estado. Requer, ainda, a construção de estruturas institucionais capazes de sustentá-la e o fortalecimento de espaços públicos não estatais. Os conselhos gestores são agentes-chave desses processos, devido ao seu desenho institucional (que busca resguardar a simetria decisória entre sociedade e Estado), ao seu caráter deliberativo e ao seu nível de inserção nos municípios brasileiros. (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A Constituição Federal de 1988 introduziu espaços institucionais de controle e participação social nas mais diferentes áreas, dentre elas a saúde. O conselho municipal de saúde tem funções deliberativa, fiscalizadora e normativa (SILVA e PASSADOR, 2018).

Este novo modelo de gestão é constituído por um conjunto de atores sociais, que compõem esses processos deliberativos, de responsabilização e prestação de contas, além da capacidade de formular e executar políticas municipais de saúde. Os segmentos que compõem

esses espaços na área de saúde são: o segmento dos usuários, dos trabalhadores de saúde e prestadores de serviços (FLEURY *et al.*, 2010).

Desta maneira, é possível perceber que os gestores de saúde estão a todo o momento em articulação com essa esfera de poder e que esta influencia diretamente na construção das políticas públicas do setor, conseqüentemente no planejamento das ações nas secretarias.

Aos três conselheiros municipais de saúde, representantes do segmento dos usuários de cada um dos municípios, foram feitos alguns questionamentos sobre o trabalho do gestor público da saúde e quem seriam esses sujeitos na sua visão.

Eu não gostaria de ser secretária nunca! Nem de cidade pequena nem de cidade grande. Eu acho que é uma responsabilidade muito grande, e a pessoa por mais preparo como a nossa gestora tem, é muito difícil. A nossa gestora é uma gestora técnica, política, articulada, e se me perguntassem se eu quero outra gestora eu diria que não. Reconheço as capacidades dela, mas também as falhas, claro, afinal eu sou conselheira. Eu sei que o gestor enfrenta um sofrimento diário, a demanda que ele enfrenta é estratégica e não deveria se ater ao operacional, e ele tem que ter tempo de desempenhar uma política pública e não ficar resolvendo demandas pontuais, ou ficar pedindo favor para o prestador de serviço. Os gestores do SUS no Brasil exercem uma função completamente deturpada do que é definido para o cargo, em virtude da falta de recursos, das condições técnicas e políticas. Só vejo os gestores apagando incêndio a todo o momento. O gestor é um técnico, burocrata, não deveria resolver outras demandas (C1).

Neste depoimento, a conselheira reconhece que as funções dos gestores de saúde deveriam se concentrar na esfera estratégica, de planejamento da gestão e das políticas públicas e não de “resolvedores” de demandas pontuais que apenas desarticulam a gestão municipal. A entrevistada demonstra compreender também a dificuldade que esses gestores enfrentam com a escassez de recursos e os constantes problemas de subfinanciamento da saúde, já apontados por outros sujeitos.

As conselheiras municipais de saúde dos municípios de Lima Duarte e Bom Jardim de Minas possuem uma visão diferente daquilo que seja ser gestor da saúde quando comparada com a primeira entrevistada. Para elas, o gestor deve estar em todas as esferas de gestão, principalmente na ponta, a chamada atenção primária.

Ele tem que gerenciar todas as questões da saúde. As atribuições dele, ao meu ver, é a de ordenar e seguir um fluxo correto para atenção primária em especial. O atual gestor tem dado essa importância. Antigamente a Santa Casa dava um grito e os gestores prontamente atendiam. Se a atenção básica

funcionar bem, a gente atinge os 80%, 85% de resolutividade, inclusive em área rural (C2).

Creio que ele deve estar atento às necessidades do povo para saber o que priorizar. Deve visitar os postos de saúde e procurar saber o que está em falta nesses lugares (C3).

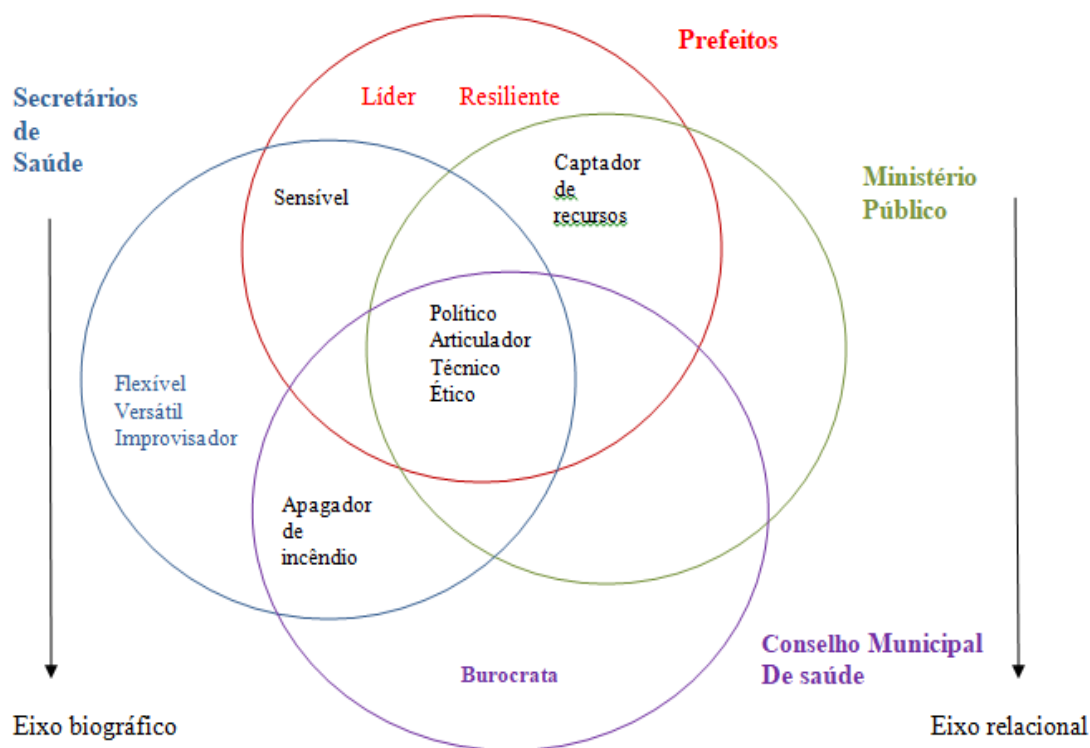
É compreensível que as visões sobre o que seja ser gestor da saúde variem de acordo com a função e representatividade de cada ator entrevistado, dentro do contexto da saúde. A primeira conselheira compreende a complexidade do trabalho do gestor, uma vez que o seu município de atuação possui a responsabilidade pela gestão dos prestadores de serviços e é referência para os outros dois municípios-polo de pequeno porte no atendimento dos serviços de média e alta complexidade. A proximidade que o secretário de saúde possui com o usuário é, de fato, bem maior nessas cidades menores, gerando conseqüentemente distorções sobre suas funções, se tomarmos como base o que se preceitua o próprio Sistema Único de Saúde sobre as atribuições dos gestores.

7.5 Construção identitária dos gestores municipais de saúde

Após analisados os aspectos identitários dos gestores sob dois prismas (sua identidade social real, que corresponde à percepção dos próprios secretários de saúde e sua identidade social virtual, que corresponde à percepção daqueles atores que interagem diretamente com eles), fez-se necessária a análise dos pontos de convergência entre essas visões, mas também as lacunas e/ou divergências dessas percepções.

Retomando o esquema de referência proposto a partir de Dubar (2005) para esta compreensão, foram destacados os elementos da configuração identitária dos gestores municipais da saúde da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas que se apresentam a seguir:

Figura 2 - Configuração identitária dos gestores municipais da saúde



Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos depoimentos dos entrevistados.

Por meio desta representação, é possível observar os diversos atributos que os gestores municipais receberam, tanto elencadas por eles próprios, como pelos atores que os cercam e com os quais se relacionam. As áreas de interseção representam os pontos de convergência obtidos a partir dos depoimentos dos entrevistados, e, as áreas isoladas, os atributos que ficaram restritos à perspectiva de um só grupo. Contudo, para Dubar (2005) essa divisão intrínseca relativa à identidade tem de, finalmente e, sobretudo, ser esclarecida pela dualidade da sua própria definição:

Identidade para si e identidade para o outro são inseparáveis e estão ligadas de uma forma problemática. Inseparáveis porque a identidade para si é correlativa do Outro e do seu reconhecimento: eu só sei quem eu sou através do olhar do Outro. Problemáticas porque a experiência do outro nunca é diretamente vivida por si de tal forma que nos apoiamos nas nossas “comunicações” para nos informarmos sobre a identidade que o outro nos atribui e, portanto, forjamos uma identidade para nós próprios (DUBAR, 2005, p. 135).

Desta forma, ficou clara a estreita relação de si que ao mesmo tempo é atribuída pelos próprios gestores com a de seu grupo relacional, determinada pelos prefeitos, representante do Ministério Público e Conselheiros de Saúde, mas também as fissuras existentes nessas denominações sobre quem sejam esses atores. Ao analisarmos o eixo biográfico, observou-se pela trajetória dos secretários, um vínculo anterior com o setor saúde, por menor que fosse, para daí então serem escolhidos por seus prefeitos para ocuparem o posto de gestor público da saúde.

Os atributos conferidos ao trabalho do gestor por eles próprios, foram aqueles voltados para destacar a complexidade do cargo, ao “jogo de cintura” que precisam ter para lidarem com a escassez de recursos públicos, com os interesses difusos dos diversos grupos com os quais lidam e, ao mesmo tempo, atenderem à intensa demanda de seus usuários no território municipal.

Na interseção do eixo relacional com o biográfico, foi possível observar a ênfase nos aspectos éticos e técnicos exigidos desses gestores, principalmente quando se considera o extenso rol de atribuições do cargo discutido anteriormente. Ressalta-se que o aspecto político do “ser gestor” apareceu em inúmeros discursos no eixo relacional, mas que surgiu, na maioria das vezes, com um caráter pejorativo, como se fosse obstáculo para o exercício de uma função técnica, visto que os entrevistados enfatizaram que o gestor da saúde precisa trabalhar a partir de critérios objetivos para o atendimento das demandas dos usuários, e não a partir de pedidos de determinados grupos. Ficaram em destaque os atributos relativos à sensibilidade dos gestores com as demandas de saúde dos usuários, visto que a ausência de saúde provoca angústia e ansiedade em quem procura o serviço e também a denominação de “apagador de incêndio”, uma vez que com a falta de previsibilidade da gestão, os secretários de saúde precisam a todo tempo resolver demandas pontuais e inesperadas.

Ainda no eixo relacional, os gestores foram apontados como burocratas por uma conselheira municipal de saúde, tendo em vista seu imaginário da função como predominantemente estratégico na condução das políticas de saúde no âmbito do município. Pelos prefeitos e pelo representante do Ministério Público aparece o atributo “captador de recursos”. Isso fica nítido uma vez que compõe a função gerencial do secretário municipal ajustar os parâmetros e indicadores da saúde para que os repasses financeiros sejam emitidos conforme os protocolos do Ministério da Saúde. A função de liderança também aparece nos

discursos dos prefeitos, quando o P2 afirma que o secretário de saúde precisa ter “muita moral” diante de seus funcionários, principalmente porque é interesse desse grupo político que o gestor de saúde seja aceito pelos subordinados e com isso mantenha a estabilidade do cargo.

Sobre as fissuras identitárias, destaca-se a divergência daquilo que se espera dos gestores, a partir do viés e do papel de cada ator no cenário da saúde. Como exemplo, viu-se o discurso de um dos prefeitos municipais que esperava que o gestor da saúde estivesse atento ao serviço nas 24 horas do dia, e também nas falas de duas conselheiras municipais de saúde, que atribuíram aos secretários a responsabilidade de atuar não somente na parte estratégica como também na linha de frente da saúde, ou seja, na parte assistencial. De maneira evidente, espera-se do gestor, resiliência e uma dedicação quase sobre-humana.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi analisar a construção identitária dos três gestores municipais de saúde da microrregião de Juiz de fora, Lima Duarte e Bom Jardim de Minas. Uma vez que a identidade é permanentemente construída ao longo da vida, e a presença do outro é condição de possibilidade para sua constituição e afirmação, buscou-se compreender como esses gestores enxergavam e vivenciavam a função gerencial, mas também como aqueles que lidavam diretamente com eles narrariam a função, a partir de suas respectivas percepções.

Para viabilizar a análise proposta, o primeiro objetivo específico foi realizar a descrição do perfil e a trajetória dos sujeitos primários, os três secretários municipais de saúde dos municípios polo da microrregião de saúde, uma vez que compreender de onde vieram até onde chegaram foi fundamental para a análise e compreensão da construção de sua identidade gerencial. Foi possível perceber que não houve convergência entre as trajetórias profissionais dos gestores em termos de formação acadêmica, o que demonstra que não há uma exigência específica para a assunção do cargo, devido ao seu caráter político de livre nomeação e exoneração. No entanto, todos eles possuíam antes de assumir as secretarias, uma ligação direta com a área de saúde, seja no setor público ou privado, e devido reconhecimento pelos serviços prestados até então.

O segundo objetivo específico buscou analisar as atribuições do cargo de gestor municipal da saúde, a partir do que a literatura preconizava, comparativamente à percepção dos próprios gestores. Essas atribuições são categorizadas em quatro quadros, relativos à formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação, coordenação, controle e avaliação e execução direta dos serviços. Cada um desses aspectos prescritos foi confrontado com as falas dos gestores entrevistados, e pode-se concluir que a função de planejamento é reconhecida como inerente ao trabalho gerencial, porém sua execução tem sido sistematicamente prejudicada e interrompida pela questão do subfinanciamento, da interferência advinda de pedidos de grupos políticos para atendimento de demandas que chegam em seus gabinetes e da judicialização da saúde. Isso nos remete à discussão contida nesta dissertação sobre definições acerca do trabalho gerencial, quando se conclui que a função é uma prática social complexa, dotada de conflitos e incertezas, em que os gestores precisam considerar as dimensões políticas da função e conciliá-las com fatores externos e às condições de trabalho.

No terceiro objetivo buscou-se compreender dia-a-dia do gestor municipal do Sistema Único de Saúde. A partir do depoimento dos secretários, observa-se que sua atuação se faz presente em todos os níveis da gestão: o estratégico, enquanto responsáveis pelo planejamento e controle da estrutura sanitária do município, o tático, quando gerenciam o andamento das unidades de saúde e da própria secretaria municipal, e também o operacional, uma vez que deixam claro que atuam em tarefas rotineiras como atendimento ao público, marcação de consultas, entre outras atividades. Articular essas três esferas de atuação mostrou-se desgastante para os gestores, principalmente para os que possuem contato mais próximo com os usuários, ou seja, os que assumem a gestão nos municípios de pequeno porte, uma vez que acabam sendo pessoalmente cobrados pela resolução de demandas que, em muitos casos já não dependem mais deles. Essa amplitude de atribuições é o que os tornam “apagadores de incêndio”, haja vista a dificuldade que narraram para atuar em todas essas dimensões a partir da pouca estrutura que lhe é ofertada.

Sobre as condicionantes do trabalho do gestor do SUS, conclui-se que há, de um lado, fatores facilitadores, fontes de prazer e motivação, e de outro lado, os dificultadores, fontes de tensões e angústias. Os gestores reforçaram que atender as demandas dos usuários com efetividade seria a parte recompensadora da função, dado o caráter social do trabalho do gestor público na área da saúde. Em contrapartida, reforçam que o subfinanciamento da pasta, a interferência do judiciário e dos demais atores sociais nas demandas da saúde desalinham as secretarias municipais e geram um transtorno e uma angústia muito grande para aqueles que assumem o cargo. A subjetividade dos gestores municipais de saúde é, portanto, atravessada por essas determinações do contexto onde desempenham suas atividades profissionais.

Para compreender a construção identitária dos gestores municipais da saúde, fez-se necessário analisar não somente a trajetória dos sujeitos, mas também a função gerencial a partir de dois eixos: o biográfico e o relacional. O primeiro, também chamado de identidade para si, a que se refere Dubar (2005), contemplou o que é ser gestor, na perspectiva dos próprios gestores. A partir da análise das entrevistas, observou-se que, diante de um cenário desafiador, complexo e dotado de ambiguidades no qual os secretários estão inseridos, há destaque para os atributos que eles consideraram necessários para o exercício da função, tais como o de ser flexível, depreendido do uso da expressão “jogo de cintura” e versátil, uma vez que ficam sujeitos às mudanças e influência externa todas as vezes em que precisam se reorganizar diante da falta de recursos, da interferência do poder Judiciário e de grupos políticos, além das diversas dificuldades na estrutura do SUS.

Diante das adversidades e das pressões exercidas por alguns grupos no atendimento das demandas de saúde, os gestores reforçaram a necessidade de manter a ética no exercício da função gerencial, traduzida no que chamaram de “trabalhar para o povo”, dando prioridade a demandas legítimas, em detrimento de atender favores para grupos com interesses políticos claros. Apesar da tentativa dos entrevistados em mostrar distanciamento do atributo “ser político” no exercício da função, constata-se, que o imperativo para ser gestor do SUS se configura na atuação cotidiana de mediação a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação, seja no nível central do sistema, seja com a equipe que o apoia. Portanto, há que se desmistificar a ideia de gestores públicos dotados somente de uma racionalidade técnica, e sim considerar a clara dimensão política da função.

A maneira como os gestores enxergam a função gerencial no que diz respeito às suas atribuições, configura a sua identidade naquele recorte de tempo e espaço, tendo em vista que o gestor é o que ele pratica enquanto tal. No entanto, a percepção daqueles que interagem diretamente com o gestor, também foi necessária para compreender essa identidade, constituindo o eixo relacional, ou seja, a identidade para o outro (DUBAR, 2005), que neste trabalho foi composta pelos prefeitos dos três municípios, os três conselheiros de saúde, representantes do segmento dos usuários e o promotor de justiça da região estudada.

A partir do discurso dos próprios secretários e do coletivo dos “outros significativos” na esfera de atuação da gestão municipal, conclui-se que as dimensões convergentes acerca da identidade do gestor são o “ser técnico, político e articulador”. Esses atributos aparecem nos discursos dotados de algumas contradições, pois, como visto, os gestores e até mesmo os prefeitos tentam se convencer de que a função precisa estar mais atrelada às competências técnicas, mas os vimos, a todo momento, em articulação com diversas esferas de poder.

Todos os atores sociais entrevistados reconheceram a complexidade do trabalho do gestor municipal da saúde e o extenso rol de atribuições que possuem. Observa-se, pois, que os atributos divergentes que apareceram acerca do gestor foram em virtude do ponto de vista do entrevistado e de que tipo de interesses e demandas ele representa. Como exemplo, viu-se que os prefeitos interpretaram e definiram a função gerencial a partir de atributos como o do líder resiliente, enquanto o conselho municipal de saúde os veem como burocratas. Na prática, a identidade “desejada” pode diferir da identidade colocada em prática, o que implica em fissuras nesta configuração. Enquanto a atribuição corresponde à identidade para o outro, a pertença indica a identidade para si, e o movimento de tensão se caracteriza, justamente, pela

oposição entre o que esperam que o sujeito seja e o desejo do próprio sujeito em ser e assumir determinadas identidades. Logo, o que está no cerne do processo de constituição identitária é a identificação ou não com as atribuições que são sempre do outro, visto que esse processo só é possível no âmbito da socialização (DUBAR, 2005).

Considera-se que este estudo trouxe contribuições para o campo empírico, visto que abarcou a análise da função dos gestores municipais de saúde do SUS a partir de uma perspectiva ainda pouco explorada sobre esses atores, ou seja, a análise de sua identidade no contexto do trabalho. Buscou-se realçar aspectos voltados para a subjetividade de quem assume a função, para então compreender a construção identitária neste contexto de ação.

Para a prática gerencial, o presente estudo deixa claro tanto a dimensão técnica quanto a política do trabalho gerencial do gestor de saúde, mas, ressalta-se, sobretudo, que tal articulação implica ambiguidades e contradições no processo de tomada de decisão, na medida em que a conciliação de interesses e demandas diversas exige conhecimento e entendimento de tais interesses, como também o alegado “jogo de cintura” para atingimento dos objetivos, estes também contraditórios, por vezes, o que corrobora os estudos acerca da identidade gerencial anteriormente mencionados. No entanto, pode-se considerar, no caso estudado, a peculiaridade de que se trata de um campo de ação – a saúde – “sensível” aos diversos interessados e envolvidos, pois falhas no sistema de saúde implicam consequências sobre a vida dos usuários, mas também sobre os próprios gestores do sistema. Neste sentido, por se tratar da gestão pública, determinados princípios e diretrizes impõem aos gestores um tipo de atuação que tem de ser, ao mesmo tempo, profissional e responsável, técnica e ética, de modo a satisfazer e atender às demandas sociais envolvidas. É neste contexto que a identidade do gestor é construída.

Uma vez que a identidade é construída e reconstruída permanentemente no contexto social que se insere o gestor, tem-se como sugestão, a replicação destas análises para além do cenário desta microrregião, buscando identificar outras peculiaridades da função gerencial, para enriquecimento da temática analisada. Sugere-se também, a análise do gestor sob perspectivas não exploradas aqui, tal como seus dilemas morais e as suas escolhas diante das restrições impostas.

9. REFERÊNCIAS

ALBARELLO, Cristiane Botezini. O papel do administrador na gestão pública. *Revista de Administração*, v. 5, n. 9, p. p. 49-71, 2013.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad. Pesqui.*, São Paulo , v. 36, n. 129, p. 637-651, Dec. 2006 .

BARTOLOMÉ, Fernando. Os executivos como seres humanos. Coleção Harvard de Administração. Vol. 11. São Paulo: Nova Cultural, 1986, p.65-83.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. *São Paulo Perspec.*, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 33-40, Set. 2004.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. A Construção Social da Realidade. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1976.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 - Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores do SUS: olhares e vivências / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. In Pinheiro, Wilhelm e Sachs (orgs.), Brasil: Um Século de Transformações. São Paulo: Cia. das Letras, 2001.

CASIMIRO, Cledenir Formiga. Os caminhos da formação de gestores de Sistemas e Serviços de Saúde: uma análise de adequação entre teoria e prática. 2011. Tese de Doutorado – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

CAVALCANTI, Bianor Scelza. *O gerente equalizador: estratégias de gestão no setor público*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CIAMPA. Antonio da Costa. *A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

CIAMPA, 2004. Identidade. In LANE, Silva T. M.; CODO, Wanderley. *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo Eduardo. *Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços*. São Paulo, Cortez Editora, 1996

COSTA, Frederico Lustosa da. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. *Rev. Adm. Pública* [online]. vol.42, n.5, pp.829-874, 2008.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis, Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em saúde Coletiva, 1985.

CONASS. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS/ Progestores, 2003.

CONASEMS. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, 2016.

DAVEL, Eduardo, MELO, Marlene Catarina de Oliveira Lopes. *Reflexividade e a dinâmica da ação gerencial*. In _____ (org.). *Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2005.

DIEHL, Astor Antonio; TATIM, Denise Carvalho. *Pesquisa em Ciências Sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUBAR, Claude. *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: 2005.

ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

ÉSTHER, A. B.; & Salomão Filho, A. Tensões e Desafios na Construção da Identidade de “Novos Gerentes”. *Pesquisas e Práticas Psicossociais* 7(1), São João Del-Rei, janeiro/junho 2012.

ÉSTHER, Angelo Brigato. MELO, Maria Catarina de Oliveira Lopes. *Ambiguidades e dilemas do trabalho gerencial*. READ, Edição 50 Vol. 12 No. 2, mar-abr 2006.

ÉSTHER, Angelo Brigato. (2007). *A construção da identidade gerencial dos gestores da alta administração das universidades federais em Minas Gerais*. Tese de Doutorado, CEPEAD/UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

ÉSTHER, A. B., Schiavon, M. P. B., & Pereira, L. F.(2008). A identidade gerencial de diretores de unidades acadêmicas em uma universidade federal mineira. *Gestão & Planejamento*, 9, 37-55.

ÉSTHER, Angelo Brigato, SILVA, Faviane Teixeira, MELO, Beatriz Assis. A identidade gerencial de chefes de departamento de universidades federais em Minas Gerais. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 3, p. 213-222, 2010.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social – políticas e sistemas de saúde no Brasil. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2009, p. 23-64.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. S. M.; KRONENBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington/USA: v. 28, n. 6, p. 446–55, 2010.

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

GLEASON, Philip. Identifying identity: a semantic history. In: *Journal of American history*, vol. 69, nº 4, (mar. 1983). Pp. 910-931.

GOMES, E. G. M. (2009). *Gestão por resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais*. Tese de doutorado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.

GUIMARAES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1017-1025, Aug. 2005.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 10.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

KATZ, Robert. As habilitações de um administrador eficiente. Coleção Harvard de Administração. Vol. 1. São Paulo: Nova Cultural, 1986, p.57-92.

KEINERT, T. M.M. Os paradigmas da administração pública no Brasil (1900-92). *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.34, n.3, p. 41-48, mai/jun.1994.

KENNY, Kate *et al.* Understanding Identity and Organizations. SAGE Publications. 1ed, 2011.

LARA, Samara de Menezes; SILVA, Dara Heleno; FREITAS, Letícia Mara; FARIA, Jéssica Costa. Aprendizagem Gerencial e Identidade dos Prefeitos. In: Anais do XX SEMEAD. São Paulo: SemeAd, 2017.

LORENZETTI, Jorge *et al.* *Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados*. v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MACHADO, Hilka Vier. A identidade o contexto organizacional: perspectivas de análise. *Revista de Administração Contemporânea*, Edição especial, 2003, p.51-73.

MACHADO, C.V, LIMA L.D, BAPTISTA T.W de F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: Gondim R, Gabrois V, Mendes W, organizadores. Qualificação de gestores no SUS. Rio de Janeiro: EAD, Ensp; 2011.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. *Teoria Geral da Administração* – 1 ed. – 4. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

MAYO, Elton. *Problemas Humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires: Galatea Nueva Vision S. R. L. Cerrito, 1959.

MACEDO, Luis Joeci Jacques *et al.* . *O gestor em saúde no setor público*. Disponível em: <http://www.dsau.eb.mil.br/espacoProfissional/farmacia-gestor_saude_setor_publico.pdf> Acesso em: 24 de abril de 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010.

MINAYO, Maria. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria. C. S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. In: MINAYO, Maria. C. S (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINTZBERG, H. (2010). *Managing. Desvendando o dia a dia da gestão*. Porto Alegre: Bookman.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. O estado da arte da gestão pública. *Rev. adm. empres.*, São Paulo , v. 53, n. 1, p. 82-90, Feb. 2013 .

MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

NOGUEIRA, M. A. A mudança difícil. Sobre o Estado e o gestor público de que se necessita. In: Nogueira, M. A. *As possibilidades da política. Ideias para a reforma democrática do Estado*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al . Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 573-584, Sept. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13., 2007, Diamantina. Anais... Diamantina: UFMG/CEDEPLAR, 2008. p. 1-23.

OLIVEIRA, Maria dos Remédios Mendes et al . Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 525-535, Junho, 2015.

PATTON, M. *Qualitative evaluation methods*. London: Sage Publications, 1986.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet. Saúde no Brasil*, maio, 2011.

PAIVA, Kely César Martins de et al . Função gerencial em shopping center: ação, devoção e desilusão. *Organ. Soc.*, Salvador , v. 14, n. 42, p. 29-47, Sept. 2007 .

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PAULA, Ana Paula Paes De. Em busca de uma ressignificação para o imaginário gerencial: os desafios da criação e da dialogicidade. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie*, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 18-41, abr. 2016.

PEPE, Vera Lúcia Edaiset *al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, Aug. 2010.

PEREIRA, Ilma de Paiva et al . O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 5, p. 1767-1776, May 2019.

PICCHIAI, Djair. Administração pública, saúde pública e os gestores: as contradições dos modelos organizacionais e a autonomia de uma classe. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - FGV - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1991.

PIRES, Fabiana Vieira. Identidade, papel e significado do trabalho do psicólogo em organizações privadas. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RAMOS, Guereiro. Uma introdução ao histórico da organização racional do trabalho./ Guereiro Ramos. - Brasília: Conselho Federal de Administração, 2008.

RAELIN, J. (2013). The manager as facilitator of dialogue. *Organization*, 20(6), 818-839.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos; SOTER, Ana Paula Menezes; FURTADO, Lumena Almeida Castro e PEREIRA, Silvana Souza da Silva. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate* [online]. 2016, vol.40, n.spe, pp.122-135

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.37-59.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017.

SALLES, M. de A. S. D., & VILLARDI, B. Q. (2017). O desenvolvimento de competências gerenciais na prática dos gestores no contexto de uma Ifes centenária. *Revista Do Serviço Público*, 68(2).

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Rev. Adm. Pública [online]*. 2009, vol.43, n.2, pp.347-369

SERVA, Maurício. A racionalidade substantiva demonstrada na prática administrativa. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 18-30, Junho, 1997.

SILVA, Amanda Fontes. Fim de jogo? A transição de carreiras de ex-atletas e o exercício da função gerencial. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de pós-graduação em Administração do Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais – CEFET-MG, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2019.

SILVA, Wanderley. O impacto de ações de capacitação na atuação gerencial: um estudo de caso no setor público. 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SILVA, E. A.; PASSADOR, C. S. Gestão da Saúde Pública em Minas Gerais sob a Ótica dos Conselhos Gestores Municipais. *REAd. Revista Eletrônica de Administração*, v. 24, n. 2, p. 50-82, 2018.

SCLIAR, M. (2005). *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2 ed. São Paulo: SENAC São Paulo.

TRIVINÕS, Augusto N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1996.

TURETA. C.; TONELLI. M. J, ALCADIPANI. R. O gerente-ciborgue: metáforas do gestor “pós-humano”. O&S, Salvador, n. 58, p. 467-486, jul./set. 2011.

VARGAS, R. A. A. Fragmentos do cotidiano da ação gerencial em uma escola da rede municipal de vitória (ES). Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

VEGARA, Sylvia Constant. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VENTURA, Miriam *et al* . Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, Oct. 2009.

WILSON, W. *O estudo da Administração*. Rio de Janeiro: FGV, 1946.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUJEITOS PRIMÁRIOS

- 1 – Por gentileza, apresente-se.
- 2 – Para o senhor (a), o que é ser secretário municipal de saúde?
- 3 – O que é necessário para exercer o cargo de gestor municipal da saúde nos dias de hoje?
- 4 – Qual foi sua motivação para aceitar exercer o cargo de secretário de saúde na atual gestão?
- 5 – Conte-me sobre sua trajetória profissional até chegar ao atual cargo.
- 6 – Descreva sua rotina de trabalho e suas principais atividades nesta secretaria.
- 7 – Para construir sua maneira de trabalhar, o senhor (a) se inspirou em alguém ou em algum estilo de gestão?
- 8 – Para quem o senhor (a) trabalha?
- 9 – Como o senhor (a) descreveria o atual modelo do Sistema Único de Saúde, principalmente com relação à divisão de responsabilidades tripartite, em termos de políticas públicas de saúde?
- 10 – Quais as principais recompensas de se trabalhar no SUS?
- 11 – E os desafios enfrentados? O que lhe causa angústia?
- 12 – O tempo de atuação de um secretário está vinculado comumente ao mandato do prefeito. Como o senhor descreveria este trabalho com tempo pré-determinado? No que isto implica?
- 13 - Como o senhor estabelece prioridades para a gestão do Sistema?
- 14 – Quais são os principais atores que influenciam o contexto da gestão da saúde?
 - 14.1 – Como você descreveria a sua relação com:
 - O prefeito
 - O representante do MP
 - O Conselho Municipal de Saúde
 - Seus pares

- Câmara dos vereadores
- Usuários
- Trabalhadores da saúde
- Prestadores de serviços

15 – O que supõe que esses interlocutores pensam do senhor (a) como gestor da saúde?

16 – Como e onde o senhor se vê no futuro?

17 – Qual o seu prognóstico para o futuro do Sistema Único de Saúde?

18 – Se pudesse fazer sugestões para melhoria do Sistema, o que pontuaria?

19 - Quais suas recomendações para alguém que viesse a assumir um cargo de gestor municipal do SUS?

20 - Imagine que encontrou um gênio da lâmpada mágica e este lhe concedesse a realização de um único desejo enquanto gestor do SUS. O que pediria?

21 – Há alguma coisa importante que não consta nesse roteiro e que gostaria de acrescentar?

Obrigada!

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUJEITOS SECUNDÁRIOS

- 1 – Por gentileza, apresente-se.
- 2 – O que representa para o senhor ser prefeito / promotor / conselheiro atuante na saúde neste município?
- 3 – No que diz respeito à gestão da saúde pública no município, quais são suas principais atribuições / atuação?
- 4 – O que o Sr. acha que é ser um secretário municipal de saúde?
- 5 – Quais as expectativas em relação a um secretário municipal de saúde?
- 6- Quais as dificuldades e os desafios que ele encontra?
- 7- Quais as características considera imprescindíveis para um bom gestor de saúde no âmbito municipal?
- 8 – Qual critério levou em consideração para escolher seu gestor de saúde? (EXCLUSIVA PARA O PREFEITO)
- 9- O que o senhor poderia falar sobre o atual secretário municipal de saúde?
- 10 – Como o senhor (a) descreveria o atual modelo do Sistema Único de Saúde, principalmente com relação à divisão de responsabilidades tripartite em termos de políticas públicas de saúde?
- 11 – Quais as principais recompensas em se trabalhar com a saúde pública no âmbito municipal?
- 12 – E os principais desafios?
- 13 - Qual o seu prognóstico para o futuro do Sistema Único de Saúde?
- 14 – Se pudesse fazer sugestões para melhoria do Sistema, o que pontuaria?
- 15 - Quais suas recomendações para alguém que viesse a assumir um cargo de gestor municipal do SUS?

16 – Imagine que encontrou um gênio da lâmpada que lhe concedesse a realização de um único desejo para o SUS. O que seria?

17 - Há alguma coisa importante que não consta nesse roteiro e que gostaria de acrescentar?

Obrigada!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE NA MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA, LIMA DUARTE E BOM JARDIM DE MINAS”.

O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é discutir o processo de construção da identidade dos secretários municipais da saúde enquanto profissionais gestores. Nesta pesquisa, pretendemos analisar de que forma é construída a identidade dos gestores públicos da saúde de municípios da microrregião de Juiz de Fora, Lima Duarte e Bom Jardim, em um contexto de relações de poder, dentro de uma perspectiva interpretativista, tendo em vista a importância do setor saúde para a sociedade e a multiplicidade de variáveis as quais esse grupo de gestores vem lidando no seu dia-a-dia de trabalho.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: entrevista semi-estruturada. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: desconforto para responder alguma questão. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, você é convidado a responder somente o que lhe for conveniente, podendo interromper a entrevista ou pular questões a qualquer momento. Tendo em vista que os gestores que atuam na administração pública possuem no exercício de suas funções, um papel social, visto o interesse da coletividade e o bem comum, a pesquisa pode ajudar a ampliar o conhecimento que se tem sobre a construção da identidade desses sujeitos.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado por atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Vanessa Chicri Salazar Chebli

Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Administração e Ciências Contábeis

CEP: 36036-900

Fone:(32) 999421202

E-mail: vanessa.chebli@facc.ufjf.br