



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Vanessa Maria Vieira

**Problemas éticos vivenciados no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região
da Grande Florianópolis**

Florianópolis
2019

Vanessa Maria Vieira

**Problemas éticos vivenciados no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região
da Grande Florianópolis**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

Orientador: Prof.(o) Fernando Hellmann, Dr.(o)

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vieira, Vanessa Maria
Problemas éticos vivenciados no gerenciamento de
Unidades Básicas de Saúde da Região da Grande Florianópolis
/ Vanessa Maria Vieira ; orientador, Fernando Hellmann,
2019.
91 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Bioética . 3. Ética. 4. Atenção
Primária à Saúde. 5. Administração de Serviços de Saúde. I.
Hellmann, Fernando . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

Vanessa Maria Vieira

Problemas éticos vivenciados no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região da Grande Florianópolis

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(o) Fernando Hellmann, Dr.(o)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. (a) Maria Cristina Marino Calvo, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Dulcineia Ghizoni Schneider, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Prof.(a) Marta Inez Machado Verdi, Dr.(a)
Coordenadora do Programa

Prof.(o) Fernando Hellmann, Dr.(o)
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador

Florianópolis, 2019

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela presença constante e proteção da minha vida.

À minha mãe, por ser meu porto seguro e pelo privilégio de contar com a sua presença em quaisquer momentos da vida.

Ao meu filho, pelo apoio nas horas necessárias e por fazer parte da minha história.

Ao meu esposo, por estar ao meu lado, por apoiar e incentivar as minhas escolhas.

À minha família pela compreensão e apoio nos momentos de minha ausência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de qualificação profissional em um ensino de excelência.

Ao meu orientador, pela cumplicidade e incentivo na construção desta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, pelas preciosas contribuições destinadas a este estudo.

Aos colegas do mestrado e aos membros do grupo de pesquisa NUPEBISC, pelos momentos de aprendizagem.

Finalmente, às profissionais de saúde, coordenadoras de UBS, pela disponibilidade em participar da pesquisa e pela generosidade em dividir parte de suas vivências profissionais para concretização desta pesquisa.

RESUMO

O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) mostra-se uma tarefa complexa por estabelecer a ponte entre a gestão central do município, os profissionais que atuam na assistência à saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores conflitantes entre os diferentes atores e destes com a organização dos serviços de saúde revelam problemas éticos a serem enfrentados no cotidiano profissional. Objetivo: Analisar os problemas éticos vivenciados por coordenadores no âmbito do gerenciamento de UBS. Metodologia: Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, realizada por meio de investigação de campo na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Realizou-se 16 entrevistas semiestruturadas com coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde provenientes de municípios de pequeno, médio e grande porte, no primeiro semestre de 2019. Os dados coletados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática. Resultados: O fenômeno central do estudo “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde”, foi representado por 04 categorias e 19 subcategorias: Problemas éticos nas relações com os usuários (05); Problemas éticos nas relações com os profissionais da UBS (06); Problemas éticos nas relações com profissionais da gestão central (03); e Problemas éticos na gestão dos serviços de saúde (05). Considerações finais: A maioria dos problemas éticos vivenciados emergem das relações pessoais em torno do gerenciamento das UBS. O subfinanciamento do SUS intensifica os problemas éticos vividos. Sugere-se o desenvolvimento de competências relacionadas à mediação de conflitos para os coordenadores de UBS com vistas a minimizar os problemas éticos no cotidiano da gestão

Palavras-chave: Bioética. Ética. Atenção Primária à Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Gestão da Saúde da População.

ABSTRACT

The management of Basic Health Units is a complex task because it establishes the bridge between the central management of the municipality, the professionals who work in health care and the users of the Brazil's Unified Health System. The conflicting values between the different actors and the organization of health services reveal ethical problems to be faced in professional daily life. Objective: To analyze the ethical problems experienced by coordinators in the scope of Basic Health Units management. Methodology: Qualitative exploratory and descriptive research, conducted through field research in the Greater Florianópolis Health Region. Sixteen semi-structured interviews were conducted with coordinators of Basic Health Units from small, medium and large municipalities in the early 2019's. The collected data were transcribed and subjected to thematic content analysis. Results: The central phenomenon of the study "Experience of ethical problems in the management of Basic Health Units" was represented by 04 categories and 19 subcategories: Ethical problems in relations with users (05); Ethical problems in relations with UBS professionals (06); Ethical problems in relations with central management professionals (03); and Ethical problems in the management of health services (05). Final considerations: Most of the ethical problems experienced emerge from personal relationships around the management of Basic Health Units. The underfunding of the Brazil's Unified Health System intensifies the ethical problems experienced. It is suggested the development of competences related to conflict mediation for the Basic Health Units coordinators in order to minimize the ethical problems in the daily management.

Keywords: Bioethics. Ethic. Primary Health Care. Health Services Administration. Population Health Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Campos da Filosofia Prática na atualidade.	21
Figura 2: Transição do perfil profissional que assume a gerência de UBS.....	38
Figura 3: Mapa da Região de Saúde da Grande Florianópolis segundo porte populacional no ano de 2018.....	42

Manuscrito 1

Figura 1: Diagrama representativo da relação entre as categorias, subcategorias e o fenômeno.....	56
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição dos municípios na Região de Saúde da Grande Florianópolis, segundo porte populacional e número de UBS no ano 2018.	44
Quadro 2: Síntese dos aspectos metodológicos do estudo	48
Quadro 3: Fenômeno central da pesquisa e suas categorias e respectivas subcategorias.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de estabelecimentos de saúde segundo porte populacional dos municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis no ano de 2018.	43
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
eSF	Equipe de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	19
1.1.2 Objetivos Específicos	19
1.3 JUSTIFICATIVA	19
2 MARCO CONCEITUAL	20
2.1 ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA	20
2.2 BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE	24
3 MARCO CONTEXTUAL	27
3.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO	28
3.2 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	30
3.2.1 Gestão Participativa e Cogestão	35
3.3 GERENCIAMENTO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	36
4 CAMINHO METODOLÓGICO	40
4.1 TIPO DE ESTUDO	40
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	43
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.5 ANÁLISE DE DADOS	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
4.7 SÍNTESE DO PROCESSO METODOLÓGICO	48
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1 MANUSCRITO 1 – PROBLEMAS ÉTICOS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada	83
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina	85
ANEXO B – Declaração de autorização e assunção da corresponsabilização da Coordenadoria de serviços descentralizados da Região de Saúde da Grande Florianópolis	

– Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS – Secretaria de Estado da Saúde – Governo de Santa Catarina	89
ANEXO C – Declaração de autorização da pesquisa da Comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis	90
ANEXO D - Declaração de autorização da pesquisa do Núcleo de educação permanente em saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de São José.....	91

1 INTRODUÇÃO

O período de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) é tensionado por diversos acontecimentos de caráter político e econômico. Uma referência importante para a época é a reforma no setor de saúde na década de 1970, demarcada por um amplo movimento social na luta pela redemocratização do país. Em 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde culminando no delineamento dos fundamentos para construção do SUS. Após aprovação do relatório, a Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado para o seu pleno exercício, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. A continuidade no processo de materialização das políticas de saúde dá-se por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e 8.142/90, além de outras normativas que integram o seu arcabouço e englobam as ações de promoção e vigilância em saúde na atenção primária, especializada e hospitalar (PAIM, 2011).

Devido às diferentes tecnologias e níveis de complexidade que abarcam as atividades no setor saúde, faz-se necessário a organização de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A RAS é definida como um conjunto de estabelecimentos, com diferentes funcionalidades em relação ao tipo de assistência, articulando-se de maneira ordenada junto ao território. A organização da rede ocorre através do planejamento das ações, baseado na hierarquização dos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), de acordo com as necessidades dos indivíduos e as especificidades do território. Dessa forma, possibilita a adequação dos pontos de atenção de rede regionalizada, sendo as regiões de saúde um recorte estratégico nesse processo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A Atenção Primária à Saúde¹ apresenta um importante papel para qualidade dos serviços realizados na RAS, sendo considerada a principal porta de entrada da rede, possui a missão de coordenar o cuidado prestado aos indivíduos e ordenar os serviços na RAS (BRASIL, 2017).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta o quão eficiente pode ser assistência na APS, possibilitando o atendimento de 80 a 90% dos casos, conforme as necessidades de saúde apresentadas pela população. Estudos comprovam que as ações de saúde

¹ Na nova Política de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017, os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são atribuídos de modo equivalente, onde ambos englobam os princípios e diretrizes expostos na política (BRASIL, 2017a). Nesse sentido, a autora deste projeto utilizará o termo APS, entendendo a importância do processo histórico na atenção à saúde reconhecido mundialmente e que infelizmente está no sentido oposto da tradução literal apresentada pela língua portuguesa. Embora reconheça que no Brasil o termo AB tenha uma aproximação com a essência do significado, sendo apresentado de forma coerente.

realizadas na APS são mais resolutivas comparadas a outros modelos de atenção (OPAS, 2018a).

Um marco importante para a consolidação e expansão da APS em nível global, deu-se na Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, por meio da compreensão de saúde como direito humano e o importante papel desempenhado pela APS, sendo considerada norteadora do sistema de saúde integral (MENDES, 2015). Em 2018, comemorou-se 40 anos da Declaração de Alma-Ata, sendo possível constatar grandes progressos, incluindo a melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Contudo, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados como: a concretização do acesso à saúde, as desigualdades sociais, a fragmentação dos serviços, a escassez de recursos financeiros, entraves de governança e liderança (OPAS, 2018b), assim como os desafios no campo da Ética. Para superação dessas situações, busca-se o fortalecimento dos sistemas de saúde a partir da APS, visando à melhoria da qualidade das ações e serviços.

Entende-se que para a APS exercer adequadamente suas funcionalidades é fundamental o trabalho desempenhado pela gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS). O gerente ou coordenador de UBS é interlocutor de políticas públicas provenientes da gestão central, junto aos profissionais de saúde e usuários. De maneira compartilhada ele realiza o planejamento e coordenação das ações, conforme a realidade local, por meio da articulação entre o setor saúde e outros setores como a educação e assistência social, para o fortalecimento da rede a partir da APS, com vistas à integralidade da atenção à saúde (CARVALHO *et al.*, 2014).

O trabalho gerencial é um grande desafio para o coordenador de UBS, a coordenação das ações busca introduzir um modelo de atenção baseado nos preceitos da APS. O coordenador de unidade básica deve ter a capacidade de desempenhar ações envoltas à análise do perfil epidemiológico da população em sua área abrangente, viabilizar o acesso aos exames e serviços complementares de atenção à saúde, reconhecer as demandas e necessidades locais, relacionar-se adequadamente com a equipe e articular-se com os outros níveis que compõe o sistema de saúde. Tais atividades evidenciam a complexidade em torno da função gerencial desempenhada por esses profissionais:

Ser coordenador implica saber lidar com o poder. Os coordenadores são a ponte entre a administração superior e os funcionários. Eles têm poder sobre as decisões e de encaminhar os fatos e situações para os superiores e vice-versa. Eles podem ampliar ou reduzir problemas locais ao tomarem decisões relevantes (LOCH; CUNHA, 2012, p. 326).

Diante do processo de reestruturação e reorganização da APS bem como da humanização dos serviços, especialmente através da Política Nacional de Humanização, ocorrido nos últimos anos, emergem questões de ordem ética no cotidiano profissional. Podem-se destacar nesse contexto os problemas em relação à organização dos processos de trabalho dos profissionais da APS. As mudanças perpassam a lógica hospitalar baseada nas práticas curativas, para ações de promoção da saúde, desenvolvidas pelo trabalho em equipe, acompanhamento das famílias no território, e a criação de vínculos entre os envolvidos. Essas circunstâncias ocorridas no processo de transformação da assistência à saúde, corroboram a modificação da realidade de trabalho e conseqüentemente requerem dos trabalhadores uma mudança atitudinal (JUNGES *et al.*, 2012).

Nos últimos anos, os pesquisadores têm se dedicado a estudar problemas éticos vivenciados no âmbito hospitalar (JUNGES *et al.*, 2012; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015; SIMAS *et al.*, 2016), envolvendo situações pontuais, dramáticas e que necessitam de reposta imediata. Este cenário difere-se do encontrado na APS, no qual os profissionais buscam objetivos a longo prazo, como a melhora dos indicadores de saúde. Na UBS é frequente o contato entre os profissionais e os usuários, marcado por situações cotidianas e não urgentes. Tais características peculiares da APS, podem ocasionar o manejo inadequado de problemas éticos (ZOBOLI, 2004).

A literatura em geral tem atribuído pouco espaço às pesquisas relacionadas a problemas éticos vivenciados na APS, sobretudo às questões relacionadas à gestão (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017; VIDAL *et al.*, 2014; ZOBOLI, 2003). Existem desafios éticos envoltos ao processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam neste nível de atenção. Observam-se problemas relacionados à comunicação e à compreensão entre as equipes. O compartilhamento de conhecimentos, o diálogo e escuta qualificada são imprescindíveis para o trabalho em equipe e mantém-se a cultura do trabalho vivo com enfoque na relação dialógica. Outro desafio ético é a inadequação do perfil profissional que engloba a dinâmica do SUS e reflete na formação dos profissionais. As instituições de ensino permanecem com o foco no modelo biomédico, e logo, na fragmentação do processo saúde-doença. Para mudar essa realidade é preciso fomentar estratégias que busquem a formação baseada na criatividade e criticidade dos indivíduos para resolução de problemas, considerando as questões sociais, ambientais e culturais que envolvem o processo pedagógico (JUNGES *et al.*, 2012).

Constata-se que os problemas éticos podem ocorrer em diversos âmbitos da vida humana, dentre esses, na esfera profissional. Para Zoboli (2016), os problemas éticos estão inseridos nas relações que permeiam a prática profissional e aparecem como um conflito de

valores, no qual o profissional depara-se com uma situação conflitiva e sua consciência moral não consegue definir o que deve fazer perante a realidade.

Os problemas éticos são comumente vivenciados na APS, em muitos casos tornam-se imperceptíveis e logo, dificultam o manejo da situação. Para solucioná-los existem diversos cursos de ação, que devem ser deliberados e ponderados, favorecendo um leque de soluções para o alcance da excelência ética nas ações de saúde (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

De modo geral os estudos sobre problemas éticos vivenciados na APS envolvem as relações entre os profissionais, usuários e familiares no âmbito assistencial e apesar de anunciarem os problemas éticos ligados à gestão, deixam lacunas em relação a esta temática.

Zoboli (2003) dedicou-se a compreender os problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família (PSF) no âmbito da APS. Dentre os problemas éticos apontados pelos profissionais entrevistados em diferentes dimensões das relações no trabalho, o estudo revelou problemas relacionados à responsabilidade ética na gestão dos serviços de saúde. Esse estudo corrobora a pesquisa de Lock e Cunha (2012), na qual identificou problemas enfrentados por coordenadores no cotidiano profissional e como podem envolver a tomada de decisão no gerenciamento:

Há momentos que a pressão esbarra em conceitos básicos da visão de mundo que, mesmo transformados pela gerência, não poderiam ser transgredidos. Ser coordenadores não significa um pacto incondicional de lealdade. É preciso ter claro os seus limites éticos (LOCK; CUNHA, 2012, p .323)

Sendo assim, pretende-se ampliar os estudos no campo da bioética e APS com enfoque na gestão dos serviços de saúde. Para o delineamento da pesquisa emerge a seguinte questão norteadora: Que problemas éticos são vivenciados por profissionais no gerenciamento de Unidades Básica de Saúde?

Em busca de respostas para tal questionamento os objetivos deste estudo são apresentados abaixo:

1.1 OBJETIVOS

A apresentação dos objetivos será apresenta nesse tópico, sendo expostos o objetivo geral e os objetivos específicos desta pesquisa.

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar os problemas éticos vivenciados por coordenadores de UBS no âmbito do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os problemas éticos vivenciados por coordenadores no cotidiano profissional;
- Descrever a tomada de decisão frente aos problemas éticos no âmbito do gerenciamento de UBS.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse pelo desenvolvimento desse estudo parte da vivência profissional da própria autora e a relação direta do seu trabalho com a gestão dos serviços de saúde desenvolvida na Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC). O aprofundamento dos estudos relacionados ao gerenciamento da APS permite a melhoria da qualidade das ações e serviços e corrobora a concretização do SUS, visto que este nível de atenção é a porta de entrada preferencial do indivíduo e partir dele perfazem-se integralidade e longitudinalidade do cuidado prestado na RAS. Portanto, destaca-se a reponsabilidade, e logo, o importante do papel desempenhado pelos profissionais que atuam na APS.

No caminho percorrido para aprofundar o conhecimento sobre este tema, a autora desse estudo não encontrou publicações sobre os problemas éticos vivenciados por coordenadores de Unidades Básicas de Saúde. Oportunamente, a compreensão de problemas éticos ligados à vivência profissional na APS, no âmbito do gerenciamento de UBS, possibilitará mudanças na prática sanitária, favorecendo a construção de vínculos e processos de trabalho qualificados, assim como, pode contribuir para estudos futuros sobre a temática.

2 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual a ser apresentado neste capítulo refere-se aos principais conceitos e proposições utilizadas para a sustentação teórica deste estudo, para isso foram formulados dois tópicos: O primeiro apresenta a conceitualização e aplicação dos termos Ética, Moral e Bioética e o segundo discorre sobre a tomada de decisão e sua relação com a Bioética da Responsabilidade.

2.1 ÉTICA, MORAL E BIOÉTICA

Considera-se a Ética um campo da filosofia dedicada à reflexão sobre a moral, por isso, é denominada como uma Filosofia Moral. A ramificação do saber filosófico que envolve os princípios éticos é proveniente de pensadores como Kant, Aristóteles e outros. Já a moral é composta por um saber que orienta racionalmente a ação humana, ou seja, um saber prático que advém da vida social. As palavras ética e moral originam-se respectivamente do grego (*ethos*) e do latim (*mos*), ambos os termos dispõem de significados similares, baseados em ações que permeiam o caráter humano e os costumes de determinada sociedade, na busca de meios que orientem a formação de um bom caráter (CORTINA, 2003).

A distinção dos termos faz-se necessária, visto que a reflexão é concebida em dois níveis diferentes, envolvendo o pensamento e a linguagem que determina a ação moral. Verifica-se que o termo moral pode ser usado tanto na forma substantiva, como na forma adjetiva, sendo influenciado pelo contexto onde está inserido. De maneira geral, está associado a princípios, normas e valores, construídos individualmente ou sob convicções morais de determinados grupos sociais. O termo ética corresponde à disciplina filosófica que trata da moral, e logo, da reflexão sobre problemas morais. Propõe-se de maneira indireta orientar a ação humana, através ações reflexivas sobre o modo de agir, por isso está inserida no âmbito do saber prático (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

A caracterização da Ética como Filosofia moral, em princípio, não tem relação com um código moral específico, porém tal afirmação não deve ser entendida como uma neutralidade da ética. A reflexão ética permeia a complexidade do fenômeno moral e os diversos tipos de racionalidade, métodos e aspectos filosóficos. Para isso, a Ética dispõe de tripla funcionalidade:

I) *esclarecer* o que é a moral, quais são seus traços específicos; II) *fundamentar* a moralidade, ou seja, procurar averiguar quais são as razões que conferem sentido ao esforço dos seres humano de viver moralmente; e III) *aplicar* aos diferentes âmbitos

da vida social os resultados obtidos nas duas primeiras funções, de maneira que se adote nesses âmbitos sociais uma moral crítica (ou seja, racionalmente fundamentada), em vez de um código moral dogmático imposto ou da ausência de referências morais (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010, p. 21).

No intuito de melhorar a compreensão sobre a constituição do saber ético, Aristóteles classifica os saberes em 3 (três) tipos: os saberes teóricos, que tratam da descrição dos fatos, como os saberes originados das ciências naturais; os saberes poiéticos, buscam através das ações, o desenvolvimento de técnicas, estabelecidas por normas específicas, para obtenção de um produto desejado, por isso são considerados saberes práticos e não descritivos; e os saberes práticos propriamente ditos, caracterizados como filosofia prática, situados no âmbito normativo. A filosofia prática no pensamento de Aristóteles abarca a orientação para um saber prático frente à: Ética, visando à tomada de decisão prudente, para atingir uma vida boa e justa; Economia, como forma apropriada de administrar a vida em sociedade; e Política, para possibilitar uma boa governança (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

Nos dias atuais a visão aristotélica sobre a Filosofia Prática apresenta-se de maneira complementar à compreensão do saber prático. Visto que outras questões são inseridas e/ou repensadas no contexto atual, como a preocupação com os princípios da justiça, considerando-se a pluralidade moral. Além disso, houve a consolidação das disciplinas que englobam a Filosofia do Direito e a Filosofia da Religião. A primeira propõe a reflexão sobre as normas jurídicas, e assim, a forma razoável de aplicá-las, e a segunda, relaciona-se à fé racional sustentada por concepções exclusivamente morais (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010). A Figura 1 mostra os campos da Filosofia Prática na atualidade:

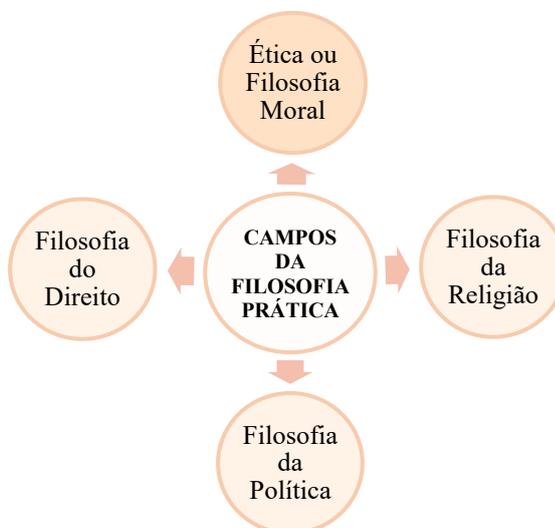


Figura 1: Campos da Filosofia Prática na atualidade.

Fonte: Elaboração da autora (2019). Adaptado de Cortina e Martínez (2010).

A compreensão da Ética não está apenas relacionada à concepção e a fundamentação da moralidade, mas também a sua aplicabilidade nos diferentes campos da vida social. Através da fundamentação pode-se descobrir alguns princípios éticos como: o utilitarista, o kantiano ou o dialógico, e a reflexão de como aplicá-los, pode auxiliar em diversas ações realizadas cotidianamente. Não obstante, deve-se perceber que cada atividade abarca preceitos morais e valores específicos, ou seja, é importante saber quais são os bens internos que cada uma dessas ações deve proporcionar para a sociedade e quais os valores e hábitos são necessários para atingi-los (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

O aparecimento das éticas aplicadas justifica-se pela demanda social, como problemas ligados à prática profissional, assim, recorre-se ao conhecimento da filosofia moral, para lidar os deveres morais que abarcam as tomadas de decisão (CORTINA, 2013).

Nessas circunstâncias a ética aplicada deve atuar de maneira interdisciplinar, permitindo o compartilhamento entre especialistas de diversas áreas do conhecimento, para concretizar uma ética aplica. Para tanto, o estudo aprofundado da ética baseia-se em métodos de análise que respeitam a moral cívica de cada sociedade (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

Os campos de estudo da ética aplicada envolvem: a saúde, a economia, a empresa, a biotecnologia etc., sendo expressadas pela atividade social. Esta prática concretiza-se na busca pelos bens internos, para isso, é necessário desenvolver certos hábitos, neste caso, virtudes, para alcançar o bem. Assim, os bens internos podem estar relacionados ao bem dos indivíduos, ao bem comum da população e sua realização envolve a responsabilidade ética (CORTINA; MARTÍNEZ, 2010).

No intuito de estabelecer a ética aplicada de cada atividade os pesquisadores Cortina e Martínez (2010, p. 159), pontuam os seguintes passos:

- 1 - Determinar claramente o fim específico, o bem interno pelo qual adquire seu sentido e sua legitimidade social;
- 2 - Averiguar quais são os meios adequados para produzir esse bem em uma sociedade moderna;
- 3 - Indagar quais virtudes e valores é preciso incorporar para alcançar o bem interno;
- 4 - Descobrir quais são os valores da moral cívica da sociedade na qual se inscreve e quais direitos essa sociedade reconhece às pessoas;
- 5 - Averiguar quais valores de justiça exige realizar nesse âmbito o princípio da ética do discurso, próprio de uma moral crítica universal, que permite pôr em questão normas vigentes;
- 6 - Deixar as tomadas de decisão a cargo dos que são por este processo afetados, que, com ajuda de instrumentos de assessoria, ponderarão as consequências, servindo-se de critérios tomados de diferentes tradições éticas.

Entre os âmbitos da ética aplicada destaca-se a bioética, que impulsionou os estudos nessa área, por apresentar pesquisas envoltas a experimentos clínicos com humanos, permitindo alguns acontecimentos deploráveis que feriram profundamente o respeito aos direitos do indivíduo (CORTINA, 2013).

A concepção de bioética é introduzida pelo norte americano Van Rensselaer Potter em 1970. Embora recentemente tenha sido resgatado um documento datado em 1927, com a menção do termo bioética escrito pelo alemão Fritz Jahr, no campo acadêmico o reconhecimento da paternidade pertence a Potter (GARRAFA, 2012).

Na década de 1980 ocorre a consolidação da bioética por meio da corrente principialista, delimitada por quatro princípios universais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, provenientes do Relatório Belmont. O referido relatório tinha o propósito de estabelecer novos referenciais, para impedir abusos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos que perduraram até os anos 70 do século XX (GARRAFA, 2012).

No entanto, os referidos princípios mostraram-se insuficientes para abarcar aspectos importantes relacionados à coletividade humana. Assim, no ano de 2005 acontece a ampliação do conceito de bioética, exposta na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), concretizando o pluralismo multi- interdisciplinar da bioética (GARRAFA, 2012).

No Brasil a difusão da bioética deu-se a partir dos anos 90, sendo apresentada notoriamente no ano de 2002, durante o 6º Congresso Mundial de Bioética, apoiado pela Sociedade Brasileira de Bioética, antes disso, era ancorada apenas por fundamentos de países anglo-saxônicos. Ao estabelecer suas raízes em território brasileiro, possibilita a formação de grupos de pesquisas e novos de cursos de pós-graduação sobre o tema (GARRAFA, 2012).

Para Fortes e Zoboli (2009) a aproximação da bioética no Brasil, relaciona-se à desmedida desigualdade social presente no país. Diante da conjuntura dá-se o enfoque social da bioética, direcionada principalmente às questões de saúde coletiva como: contrastes sociais, discriminações raciais, equidade, meio ambiente, entre outros. No intuito de enfatizar a necessidade de discussão e reflexão bioética sobre os aspectos sociais, os autores ressaltam:

A reflexão bioética sobre a saúde pública brasileira se faz em um contexto social de expressiva urbanização da população brasileira, ampliação da violência urbana e significativa transição demográfica e epidemiológica [...]. Esses fatores estão aliados à alta prevalência de doenças [...]. Cabe, portanto, discutir e refletir sobre os valores, as normas e as decisões morais que presidem as políticas de saúde pública, a organização dos sistemas de saúde e as ações dirigidas à coletividade (FORTES; ZOBOLI, 2009, p.16).

A bioética na América Latina manifesta-se preponderantemente com um discurso crítico, com teor social, envolto à saúde coletiva, principalmente de países periféricos. Tem o propósito de ampliar a compreensão da bioética, como um instrumento que possibilita a transformação da realidade vivenciada pela sociedade. Com isso, recorre-se aos referenciais teóricos da bioética como: a Bioética Cotidiana, a Bioética da Intervenção, a Bioética da Proteção e outros, para analisar grupos sociais como produtores de vida e saúde, balizados pela justiça social e cidadania, equidade e outros (HELLMANN; VERDI, 2012).

Nas duas últimas décadas observa-se avanços em relação às condições sanitárias no Brasil, porém sob olhar da bioética, as ações que permeiam a reponsabilidade pública não apresentam a mesma velocidade de tais progressos. Isto ocorre, pois, determinados grupos hegemônicos estabelecem medidas impositivas que limitam os cidadãos em exercer os seus direitos. O princípio ético-político que determina a noção mais primitiva de direito é aquele que advém da própria existência humana, pois no momento do nascimento do indivíduo, já se constituem os seus direitos. Para tanto, necessitam ser acessíveis e materializáveis, para o exercício pleno da cidadania (GARRAFA, 2012).

2.2 BIOÉTICA DA RESPONSABILIDADE

As questões morais relacionam-se intrinsecamente com as decisões humanas e desse modo envolvem análises complexas. Entende-se que a racionalidade prudente, que permeia as decisões morais, é imprescindível neste processo, por meio dela pode-se obter fundamentações ponderadas sobre as circunstâncias que permeiam a realidade e mensurar as consequências dos atos decisórios, possibilitando uma decisão responsável. Com isso, pode-se dizer que a fundamentação é um novo critério moral para lidar com as decisões:

Hoy, sin embargo, sin dejar de creer en la virtud, el bien o deber, se ha comenzado a fundamentar las decisiones en un nuevo criterio moral, distinto tanto de una presunta idea de bien absoluto, como de un conocimiento universal del deber (sea este intuitivo o deductivo). Ese criterio es la conciencia de la responsabilidad. A la altura del siglo XX todas las éticas se convierten en éticas de la responsabilidad; o dicho de otro modo, la responsabilidad se eleva en este tiempo presente a criterio de moralidad (POSE, 2011 p. 52).

Para fundamentar a tomada de decisão com responsabilidade faz-se necessário compreender três momentos que envolvem o conteúdo das decisões humanas: os fatos, os valores e os deveres.

Os *fatos* podem ser compreendidos como irrefutáveis, impositivos e definitivos, são caracterizados por dados de percepção, tanto na forma direta ou indireta. Logo, decorrem de experiências perceptíveis, definidas diretamente por aquilo que se pode ver, ouvir e tocar. Ainda, indiretamente por instrumentos que atuam como mediadores de tais sentidos (GRACIA, 2014). Sobre os dados de percepção, constroem-se juízos, chamados de descritivos, que tem a função de reproduzir o que manifesta a realidade. Os fatos não devem ser confundidos com os valores, pois o primeiro relaciona-se à percepção que é apresentada e o segundo à estimação que é atribuída (POSE, 2011).

Assim, os *valores* caracterizam-se pela estimação ou valoração a alguém ou algo. Atribuir valores é algo inerente ao ser humano e existem inúmeros tipos de valores como: religiosos, jurídicos, econômicos, estéticos e entre outros, todos expressão qualidades de formas distintas. Por serem constituídos pela estima de um conteúdo concreto ou abstrato, logicamente não são perceptíveis. A percepção que o indivíduo possui de algo, pode ser distinta do valor atribuído ao mesmo, por outro lado, pode-se modificar um valor concebido a um fato mesmo sendo ele inalterado. Embora os valores e os fatos sejam apreendidos de modo diferente, acredita-se que sem a disposição dos fatos não existiriam os aspectos valorativos, visto que eles dão sustentação aos valores (GRACIA, 2014). Mediante a proposição de valores surgem os chamados juízos valorativos que se desdobram sobre os juízos dos fatos. Em consequência da realização de juízos valorativos aparecem os deveres, os quais são sustentados por valores (POSE, 2011).

Nesse sentido, diz-se que os *deveres* são constituídos por valores, por isso a obrigação que envolve os deveres é realizar valores. Os deveres discorrem em dois níveis: o primeiro nível refere-se à realização de valores idealizados, portanto não leva em consideração situações concretas, contudo são fundamentais para guiar a vida moral. O segundo nível refere-se à realização de valores apresentados diante de uma situação concreta (GRACIA, 2014).

Ainda sobre os deveres, observa-se que a realização de valores permeia o mundo ideal, caracterizada pelo que deveria ser, mas não é. Por outro lado, apresentam-se os valores que são atribuídos ao mundo real, caracterizados pelo que deve ser, sendo na linguagem ética conhecido como o dever. O seu desdobramento ocorre pelo chamado juízo de dever, ou juízos morais, a intenção deles é ordenar o que fazer, e por isso tratam da realização de valores positivos, evitando-se os negativos (desvalores). Este dever envolve uma ação futura e que antes de ser concretizado será instigado pela própria consciência, ou seja, a consciência moral (POSE, 2011). Nesse ensejo as questões tratadas pela ética, permeiam as situações conflitivas no âmbito dos deveres. Diante da realização de valores pode haver divergências dos conteúdos valorativos,

onde dois valores ou mais entram em conflito entre si. A obrigação imposta pelo dever em realizá-los faz com que gere os chamados conflitos de valores ou conflito de deveres.

Outrossim, nota-se que em determinadas circunstâncias, a tomada de decisão pode levar à incerteza no curso de ação a ser seguido. Tais incertezas podem resultar em situações moralmente conflituosas, dilemáticas ou problemáticas.

A expressão conflito, do latim *conflictus*, pode ser traduzida como um choque de duas ou mais alternativas, onde ao menos uma delas será eliminada. Há diversos tipos de conflitos, como os relacionados especificamente aos fatos, valores ou deveres. Outros podem estar ligados a aspectos morais, apresentados como conflitos morais e são mediados pelo conjunto de fatos, valores e deveres (GRACIA, 2014).

Os dilemas éticos, são marcados por situações extremas e perfazem decisões baseadas em apenas duas saídas, completamente opostas, onde a escolha de uma delas, anula drasticamente a outra. Podem ser gerados por aspectos emocionais depreciativos, como a angústia e o medo, que levam a pessoa a agir de maneira insensata (GRACIA, 2014).

A palavra problema, do grego *problēma*, em sua forma derivada do verbo *pro-bállo* significa *lançar adiante*. Os problemas estão presentes na vida cotidiana e ocorrem pela necessidade frequente de fazer uma escolha entre diversas alternativas dispostas para uma determinada situação (GRACIA, 2014).

Cotidianamente as pessoas lidam com diversos tipos de problemas de ordem prática. De modo habitual, elas buscam solucioná-los pelo cumprimento de normas, ou simplesmente, pela aplicação de determinados argumentos que justifiquem a sua tomada de decisão. A resolução dos problemas pode incidir não somente sobre a pessoa que a realiza, mas também sobre aquelas que estão implicadas nas decisões a serem tomadas (VÁZQUEZ, 2017).

Diante desses aspectos, evidencia-se o ser humano agindo moralmente, sobre problemas prático-morais ocorridos em situações concretas. Quando o indivíduo age moralmente e reflete sobre o comportamento prático, neste momento, transfere-se a reflexão do comportamento do campo prático-moral, para o campo teórico-moral ou ético, ou seja, transcende-se a moral vivida e atinge-se a moral reflexiva. Assim, institui-se um saber filosófico para compreensão dos problemas éticos. Nesse sentido, a ética objetiva fundamentar ou justificar determinado tipo de comportamento moral, por meio da compreensão racional da realidade (VÁZQUEZ, 2017).

Pode-se dizer que problemas éticos são caracterizados por conflitos de valores, ou seja, ocorrem incompatibilidades entre dois ou mais valores realizados simultaneamente. Há um conflito do que deveria (condição ideal) e o que deve ser (condição real) realizado. É importante

esclarecer que o conflito não está relacionado diretamente ao valor, mas sobre a sua realização (GRACIA, 2014).

Os valores precisam ser realizados e isto possui uma ligação direta com a obrigação moral, ou seja, com o dever, uma ordem a ser seguida. Para tanto, essa ação necessita de uma justificativa manifesta de maneira responsável, não requer apenas boa intenção em realizar os valores e sentir o dever em fazê-lo, aspectos como a reflexão dos possíveis envolvidos e das possíveis decisões devem ser consideradas igualmente.

A realidade concreta (vivenciada por indivíduos) é indubitavelmente mais rica que a capacidade de percepção do ser humano, por isso transcende o âmbito dos valores, capaz de ser aprendido pelas ciências exatas. Para a compreensão das situações reais é necessária uma análise detalhada e reflexiva, sobre as questões inseridas em cada tomada de decisão, este processo é conhecido como deliberação. A ação de deliberar frente a uma situação específica, não é uma tarefa simples, demanda maturidade psicológica, haja vista que o controle dos sentimentos é essencial para realizar a deliberação. O processo deliberativo permite uma análise do problema abarcando toda sua complexidade, considera os valores implicados, os argumentos racionais e as possíveis consequências na investigação. Dessa forma, a análise adequada do problema permite identificar diversos cursos de ação (ZOBOLI, 2016).

O SUS como uma política pública retrata as mudanças sociais ocorridas desde a sua implementação em território brasileiro. É considerado o fruto da democratização da sociedade exposto na CF de 1988, que determina a saúde como um direito de todos. A concretização de tais mudanças, deu-se pela criação de espaços coletivos, que promovem a deliberação compartilhada entre os três níveis de governo e a sociedade civil, intermediada por conselhos e conferências de saúde. Essa cultura de cogestão viabiliza a distribuição de poder, a construção de ambientes dialógicos e pactuações entre os diferentes sujeitos em processos decisórios.

3 MARCO CONTEXTUAL

O marco contextual a ser apresentado neste capítulo propõe-se a descrever o contexto utilizado na abordagem desse estudo, para isso foram formulados três tópicos: O primeiro trata da reestruturação produtiva e reforma administrativa do estado; o segundo disserta sobre a Gestão do Sistema Municipal de Saúde, abrangendo a Gestão Participativa e Cogestão proposta pela Política Nacional de Humanização; e o terceiro refere-se ao Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.

3.1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO

A reestruturação produtiva surge ao final da década de 1960 como resposta às condições que inviabilizaram a manutenção do Welfare State (Estado de Bem-Estar Social) e ao esgotamento do padrão taylorista-fordista, marcado pela realização de tarefas exaustivas e repetitivas (GOMES; RAMOS, 2015).

O processo de reestruturação produtiva caracteriza-se pelas inovações tecnológicas, como inserção da microeletrônica e produtos originados a partir dela. Tais inovações compreendem não apenas a produção de novas máquinas e equipamentos ofertados ao mercado, incluem modificações nas formas de gestão e organização do trabalho e nas relações presentes nesse contexto, englobando o campo social (LORENZETTI *et al.*, 2012). Assim, as novas tecnologias que emergem com reestruturação produtiva não se limitam ao âmbito organizacional e tecnológico, expandem-se ao “metabolismo social” (GOMES; RAMOS, 2015, pag. 2592).

A reforma do Aparelho do Estado no Brasil ocorreu na década de 1990 orientada pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, com intuito de realizar uma reforma gerencial do Estado por meio da mudança de sua estrutura administrativa (MEIRELLES, 2016). O Plano Diretor propôs-se a definir os objetivos e diretrizes para referida reforma. Nesse contexto, empreendeu-se o modelo gerencial, cuja finalidade remete à superação da formalidade e rigor técnico apresentado pelo modelo burocrático.

O surgimento da administração burocrática deu-se na Era Vargas, nos anos de 1930. Foi considerado o primeiro modelo estruturado da administração no Brasil, inicialmente influenciada pelo modelo de administração taylorista. O modelo burocrático surge para combater as práticas patrimonialistas que dominavam as ações administrativas do Estado. Na tentativa de organizar a estrutura administrativa, o Departamento Administrativo do Setor Público (DASP) cria políticas na área de recursos humanos (guiado pelo modelo weberiano), como a instituição de concursos públicos, pautados no princípio do mérito profissional. Isto posto, o aparecimento da administração burocrática liga-se à defesa da coisa pública (CHIAVENATO, 2008).

A priori, acreditava-se que o sistema burocrático fosse uma alternativa para estabelecer o ordenamento da máquina administrativa no país mediante o controle de atividades-meio. Contudo, ao longo dos anos percebeu-se que esse modelo não possibilitava a flexibilidade necessária para lidar com situações diversas, presentes em cenários dinâmicos. O modelo burocrático passou por várias investidas de reforma, com vistas a intervir sobre a rigidez da

burocracia. Destaca-se nesse processo a publicação do Decreto-Lei nº 200/1967, que possibilitou a transferência de ações para autarquias, fundações, empresas públicas, com intuito de favorecer um dinamismo operacional e promover a descentralização. Dessa forma, conduz a expansão da administração indireta, buscando a flexibilização administrativa e benefícios no setor econômico do Estado. Contudo, as medidas propostas nesse período não proporcionaram modificações na atuação da administração burocrática central, por serem consideradas ineficientes (CHIAVENATO, 2008).

A Administração Pública possui três modelos de administração: patrimonialista, burocrática e gerencial. Embora perceba-se a passagem de cada uma ao logo da história, suas formas de administrar ainda se encontram presentes. 1) Administração Patrimonialista: o poder é concebido aos indivíduos como “status de nobreza real”, pautado em acordos escusos que resultam em atos de corrupção e nepotismo. 2) Administração Burocrática: busca-se a organização da estrutura administrativas, por meio de medidas rígidas, nas quais o interesse do Estado suplanta o interesse público. 3) Administração Gerencial: são estabelecidos os princípios da confiança, descentralização dos processos decisórios, flexibilidade na gestão e estruturas horizontais de trabalho. (CHIAVENATO, 2008).

O modelo gerencial surge na segunda metade do século XX como resposta à expansão no âmbito econômico e social do Estado, ao crescimento tecnológico e à globalização do sistema econômico. Incorpora a administração da *res publica* (coisa pública), com traços de caráter empresarial, aberta à inovação e ao empreendedorismo, direcionados à geração de recursos financeiros e maior fiscalização de despesas públicas, logo, a eficiência dos serviços. Entretanto, não deve ser interpretada como a administração de empresas, pois suas ações são voltadas para o interesse público. Os princípios desse modelo englobam a construção de parcerias, a ênfase nos resultados (fins) e visão estratégica, nessa perspectiva voltavam-se:

(1) para a definição precisa dos objetivos que o administrador público deverá atingir em sua unidade, (2) para a garantia de autonomia do administrador na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros que lhe forem colocados à disposição para que possa atingir os objetivos contratados, e (3) para o controle ou cobrança a posteriori dos resultados. (CHIAVENATO, 2008).

Nessa fase inicia-se o *Managerialism* (gerencialismo), orientado por duas vertentes: *Consumerism* e *Public Service Orientation*. No *consumerism* o usuário é reconhecido como consumidor de serviços ofertados pela rede pública e os esforços são empregados para satisfazê-lo, diferentemente do modelo burocrático o qual era tratado apenas como um simples contribuinte. Na fase posterior, sinalizada pelo *Public Service Orientation* (PSO) a visão de

cliente-consumidor é superada pelo conceito de cidadão, considerando seus direitos e deveres em face da sociedade. Diante da última aponta-se a responsabilidade do gestor perante suas atividades (*accountability*), nas quais devem ser pautadas no cumprimento de normativas e práticas em benefício da coletividade (CHIAVENATO, 2008).

Convém destacar as diferenças entre a reforma do Estado e a reforma do Aparelho do Estado. A reforma do Estado pode ser compreendida como um projeto extenso que trata de diversas áreas de governo e abrange a sociedade. Já a reforma do Aparelho do Estado em um sentido mais estrito, relaciona-se às práticas administrativas eficientes no âmbito público em prol dos cidadãos (MEIRELLES, 2016).

O Aparelho do Estado - Administração Pública – apresenta-se como a estrutura organizacional do Estado, contempla os três poderes: executivo, legislativo e judiciário e os três níveis de governo: união, estados e municípios, “constituído pelo governo, isto é, pela cúpula dirigente nos três poderes, por um corpo de funcionários e pela força militar”. O Estado apresenta um conceito mais amplo em relação ao aparelho, visto que “compreende adicionalmente o sistema constitucional-legal, que regula a população nos limites de um território” (CHIAVENATO, 2008, pag. 101).

O Plano Diretor aborda os quatro setores do Aparelho do Estado, também chamados de setores do Estado são representados pelo: núcleo estratégico, atividades exclusivas, serviços não exclusivos, e produtos de bens e serviços para o mercado. 1) Núcleo estratégico: fixados por representantes de governo responsáveis pela formulação de normativas e fiscalização de seu cumprimento; 2) Atividades exclusivas: serviços realizados somente pelo Estado ligados ao poder de regulamentar e fiscalizar; 3) Serviços não exclusivos: onde transitam tanto instituições públicas não-estatais e privadas; 4) Produtos de bens e serviços para o mercado: empresas que geram receitas ainda destinadas ao Aparelho do Estado (MEIRELLES, 2016).

3.2 GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

No decorrer dos anos, observa-se o empenho de vários países em promover a transferência de responsabilidades da esfera central para as esferas regionais e locais. Esse processo corresponde à descentralização, que representa um elemento essencial para a Reforma do Estado em países centrais e em desenvolvimento, ligados à organização político-administrativo. De modo geral, a descentralização pode ser compreendida por meio de duas abordagens: 1) Relaciona-se à Administração Pública, com o enfoque na descentralização, cujo governo soberano e detentor do poder, hierarquicamente transfere ou compartilha determinadas

responsabilidades com os subníveis de governo. Nela é possível identificar quatro modalidades de descentralização baseadas na transferência de poder: desconcentração, delegação, devolução, e transferência para instituições não governamentais (privatização). 2) Relaciona-se ao processo multidimensional da descentralização envolta aos aspectos fiscais, administrativos e políticos, nos quais as responsabilidades são praticadas unilateralmente (OVERNEY, 2014).

No Brasil o processo de descentralização é conduzido pela União, com a reformulação e/ou construção de normativas que nortearam o seu desenvolvimento ao longo dos anos. A CF de 1988, abrange entre outros aspectos, a organização político-administrativa da República Federativa, para isso expõe as competências gerais destinadas à União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nas questões relacionadas ao setor saúde, o documento destaca que as ações e serviços que compõe o sistema de saúde serão conduzidas pelas seguintes diretrizes: a) descentralização com mando único em cada nível de governo; b) integralidade da assistência; e c) participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Posteriormente a Lei nº 8080 de 1990 considera a descentralização político-administrativa como um dos princípios do SUS, dando enfoque à descentralização dos serviços de saúde para o sistema municipal e à regionalização e hierarquização dos serviços. Para tanto, expõe a organização e o funcionamento desses serviços, assim como as atribuições e competências destinadas a cada ente federativo. Dentre essas, são descritas as competências direcionadas ao sistema municipal:

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

Nesse contexto de definição de competências e descentralização de responsabilidades entre cada nível de governo, mais especificamente para esfera municipal, encontra-se o processo de municipalização da saúde, marcado pelo repasse de recursos financeiros previamente estabelecidos pela lei 8.142/90, com vistas à cobertura das ações e serviços de saúde. Com isso, os gestores do sistema municipal tornam-se os protagonistas do planejamento e execução das ações locais, favorecendo a aproximação das necessidades de saúde e a participação da comunidade (BRASIL, 1992).

Os debates relacionados à municipalização numa conjuntura mais recente são apresentados nos anos 80, envolto ao caráter político-institucional do setor saúde, mostra-se como uma importante estratégia para implementação do SUS. A municipalização pode ser compreendida como um segmento da descentralização da gestão do sistema de saúde, ocasionado pela reestruturação de poder decisório entre cada esfera de governo. Isto implicou em mudança na estruturação dos serviços e nas relações políticas e técnico-administrativas entre os entes (TEIXEIRA, 1991).

De forma consensual pode-se expressar que o processo de descentralização foi marcado por situações heterogêneas, devido à discordância entre o modelo de reforma sanitária e reforma neoliberal (modelo gerencialista) presente no Estado, à fragilidade político-econômica, e à imprecisão em definir de que forma os municípios assumiriam as responsabilidades, considerando sua capacidade em gerir o sistema. Tais dificuldades fizeram com que a transferência de poder para os municípios acontecesse gradualmente, sendo mais intensa nos municípios com melhor aporte de recursos diversos (OUVERNEY, 2014).

No processo de descentralização em saúde, a União determina pactuações por intermédio de documentos normativos temporários, para operacionalização de repasses financeiros, principalmente para os municípios, visando o incentivo à capacitação da gestão e ao provimento de serviços. Contudo, a descentralização não está relacionada somente ao repasse de recursos financeiros, mas também à modificação de aspectos relacionais entre o Estado e a população para o alcance da governança democrática. Ainda que sejam apresentadas diferenças significativas entre municípios, devido à diversidade de regiões e porte populacionais, são observadas melhorias ligadas à gestão municipal relacionadas a recursos humanos, informação, parceria entre gestores municipais e celebração de convênios (FLEURY *et al.*, 2014).

Dentre os documentos normativos que envolvem a gestão do sistema municipal de saúde no âmbito do SUS, aponta-se alguns aspectos relevantes como: Normas Operacionais

Básicas, publicadas durante os anos 90, regulamentam o processo de descentralização das ações e serviços e expõe o modo de operacionalização a ser seguido, tanto para o repasse de recursos como para os aspectos assistências, visando a reordenação do modelo de atenção e gestão; e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, publicadas nos anos de 2000, aumentam o escopo das responsabilidades dos municípios em relação à APS e novas condições de gestão e estabelece o processo de regionalização com a constituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Outros aspectos relevantes estão inseridos no Pacto da Saúde publicado em 2006, que determina diretrizes operacionais a partir de três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela vida apresenta-se como um conjunto de compromissos no campo da saúde assumido pelos gestores, baseado em necessidades de saúde das famílias e na definição de indicadores prioritários estipulados pelos entes de governo. O Pacto em Defesa do SUS visa consolidação deste sistema como uma política de Estado, por meio da execução de estratégias que favoreçam a mobilização social e o direito de cidadania. O Pacto de Gestão refere-se à responsabilidade sanitária da gestão municipal, estadual e federal, com intuito de fortalecer a gestão solidária e compartilhada. Para isso, instaura as diretrizes para o desenvolvimento da gestão com foco na “descentralização, regionalização, financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde” (BRASIL, 2006).

Com o passar dos anos foram propostas modalidades de habilitação para os municípios em relação à suficiência dos serviços prestados localmente. Entretanto, em 2004 foi determinado que todos os municípios fossem responsáveis pela Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, no tocante da organização e execução dos serviços realizados na APS, sendo extintas as demais modalidades de habilitação. Dentre as responsabilidades destinadas à gestão e execução das atividades na atenção primária estão a garantia do acesso, a integralidade das ações, a humanização da assistência, a educação permanente dos profissionais de saúde e medidas educativas para a comunidade, as ações básicas de vigilância em saúde, o trabalho intersectorial, a formulação de indicadores de saúde, a operação de sistemas de informação, o cadastramento nacional dos indivíduos, a contratação, o controle, a avaliação e a auditoria dos serviços e elaboração de normativas (BRASIL, 2004).

No tocante do planejamento das ações e serviços do sistema de saúde, compreende-se que o mesmo deva acontecer de forma articulada e integrada em cada esfera de gestão. As responsabilidades de cada gestor na coordenação do planejamento são balizadas pela definição de objetivos, incluindo o monitoramento e avaliação das ações, de forma a atender as necessidades loco regionais. Os objetivos envolvem a pactuação de diretrizes que atendam às

necessidades da população, para isso utilizam-se instrumentos como: planos, programações e relatórios (BRASIL, 2006).

A publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, retoma o processo de regionalização, no tocante de acordos políticos entre os gestores de cada esfera de governo, para organização do sistema de saúde. Além disso, amplia a atuação das Comissões Intergestores, para âmbito regional, corroborando para execução do Planejamento Regional Integrado, o qual se concretiza por intermédio de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), sendo a Região de Saúde o campo de operacionalização das ações (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2016).

No intuito de favorecer a operacionalização das ações no âmbito da gestão, identificam-se instrumentos de planejamento do SUS: I) Plano de Saúde – trata da elaboração de estratégias baseadas na definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores, assim como, aspectos relacionados ao monitoramento e avaliação, implementados num período de quatro anos, com a exposição da previsão orçamentária das ações em saúde. Tais estratégias devem refletir o compromisso do governo com as necessidades de saúde da população, para tanto é imprescindível a análise situacional. II) Programação Anual de Saúde (PAS) – insere-se os propósitos apresentados no Plano de Saúde no ano decorrente. O objetivo da programação é elaborar metas, baseadas no plano, com a descrição das ações e indicadores de saúde, junto à previsão de recursos financeiros para execução das referidas metas. III) Relatório de Gestão – expõe os resultados apresentados na execução da PAS e observações pertinentes ao Plano de Saúde, inclusive redirecionamentos. Nele estão descritas informações relacionadas às diretrizes, objetivos, metas e indicadores do plano, metas propostas e executadas na PAS, análise do desempenho orçamentário, e contratos firmados. Outro instrumento é o Relatório Detalhado Quadrimestral, objetiva monitorar e acompanhar os resultados das metas da PAS e deve compor o Relatório de Gestão, sendo realizado em cada quadrimestre (BRASIL, 2015).

Para o desenvolvimento das ações é necessário que o Planejamento em Saúde ocorra de modo ascendente e integrado, ou seja, deve partir da esfera municipal até a federal, mediante a situação de saúde da população e de recursos orçamentários. As ações devem ser guiadas pelos Conselhos de Saúde correspondentes. No intuito de atingir a integralidade da assistência na RAS e garantir a referência do indivíduo na rede regionalizada, são realizadas pactuações nas Comissões Intergestores, referentes a organização e funcionamento das ações e serviços integrados na rede. As referidas comissões são representadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na esfera da União, com a participação direta do MS, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na esfera do estado, com vinculação das Secretarias Estaduais de Saúde, a

Comissão Intergestores Regional (CIR), na esfera regional, também vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. As pactuações realizadas pelas comissões são:

- I - Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS;
- II - Diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- IV - Responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
- V - Referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

3.2.1 Gestão Participativa e Cogestão

A partir de 2003, inicia-se um processo de mudança relacionado às práticas de gestão e atenção à saúde, por meio da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) (CAMPOS *et al.*, 2014). Essa etapa configura-se pela reformulação do modelo de gestão tradicional, como propósito de modificar o modo de gerir centralizado e vertical que restringe a participação de outros atores na gestão dos serviços de saúde.

A PNH está embasada em três princípios: a transversalidade, no exercício do diálogo entre os indivíduos e a construção de saberes, para transformação das relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, as ações realizadas pela gestão influenciam diretamente nas práticas de cuidado; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, assim, reconhece a importância do papel de cada sujeito, a capacidade de gerir o processo de trabalho e a reponsabilidade compartilhada na produção de saúde (NORA; JUNGES, 2013).

Dentre as diretrizes da PNH está Gestão Participativa e Cogestão, compreendida como um modo de administrar desenvolvido coletivamente, vai além da organização dos serviços, rompe com a estrutura tradicional de gerir marcada pela disciplina e controle dos sistemas. Entretanto, a centralização do poder e a divisão do trabalho intelectual e do trabalho manual, remetem à lógica taylorista ainda presente no cotidiano do trabalho contemporâneo (VERDI *et al.*, 2014).

Na Gestão Participativa proposta pela PNH, o objetivo é qualificar o trabalho realizado pelos profissionais de saúde e ampliar a capacidade de gestão e corresponsabilização entre

gestores, trabalhadores e usuários, para isso faz-se necessário o trabalho em equipe e espaços coletivos destinados à troca de saberes, que envolvam análise, tomada de decisão e avaliação do processo de trabalho. Entende-se que a “gestão não é um lugar ou um espaço, campo de ação exclusiva de especialistas. Todos fazem gestão!” A participação de diferentes sujeitos implicados nos processos decisórios efetiva esta prática e estabelece um sistema de cogestão ou gestão compartilhada. Dessa forma, amplia o exercício democrático nas organizações de saúde e redefine o modo de produção e distribuição de poder (BRASIL, 2011).

Para Campos *et al.* (2014) as ações realizadas pela gestão devem acontecer de forma democrática, para isso insere-se a participação dos indivíduos no processo de trabalho e na organização dos serviços. “A constituição dos sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder”. A ampliação da capacidade dos sujeitos em lidarem com o poder, novos saberes e afetos, permitem mudanças nas organizações de saúde relacionadas às formas de gestão participativa e compartilhada, favorecendo a transformação de espaços coletivos e relações dialógicas. A cogestão é considerada o exercício compartilhado por governantes na execução de programas, serviços, sistemas ou políticas. Esta ação promove a coparticipação de sujeitos com diferentes interesses e contextos sociais.

3.3 GERENCIAMENTO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi impulsionada pelo processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, assim como, pela criação de novos projetos de atenção à saúde, entre eles, o Programa Saúde da Família (PSF). O referido programa difunde-se como estratégia a partir do ano de 1998, com o propósito de modificar o modelo assistencial do SUS pela reorganização do sistema local de saúde, com o enfoque na família e comunidade. Inicialmente, a lógica do trabalho limitava-se a serviços verticalizados, destinados ao cuidado à população carente. Contudo, ao longo do tempo, o PSF ampliou o escopo de atendimento e integrou medidas promoção e prevenção da saúde (PAIM *et al.*, 2011). Até passar de um programa de governo a uma estratégia de Estado, considerada como a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A APS é realizada por equipe multiprofissional. A equipe de Saúde da Família (eSF) é considerada o pilar da expansão e consolidação da APS, pela reorientação do processo de trabalho de maneira resolutiva, que influi sobre as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade. A equipe é formada por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar e/ou técnico(a) de

enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Ainda podem ser incluídas na equipe, agente de combate às endemias (ACE) e profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

As ações e serviços realizados pelas equipes estão condicionadas ao adequado gerenciamento das UBS, isto ocorre pela elaboração de métodos organizacionais para melhoria da atenção à saúde. A nova Política de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017, sugere a inclusão do Gerente de Atenção Básica para coordenar as equipes de UBS. O gerente/coordenador² apresenta a função técnico-gerencial e incide sobre o planejamento das ações em saúde, de acordo com as especificidades do território e da população abrangente, assim como, os processos organizativos, de coordenação e de integração das práticas em saúde (BRASIL, 2017).

A função gerencial aplica-se pelo conhecimento na área de atuação e habilidades condicionadas à dimensão ética, política, técnico-administrativa e psicossocial. Nesse sentido, a atuação desses profissionais envolve múltiplas competências (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

O termo competência pode ser compreendido pela capacidade de agir de modo eficaz, baseada em conhecimento técnicos, mas sem limitar-se a eles. O desenvolvimento de competências é observado diante de situações da prática cotidiana e transcende a qualificação definida pelos requisitos relacionados à posição ou ocupação do cargo. Além das especificidades que abarcam o conhecimento técnico na área de atuação, incorporam-se novas habilidades que requerem mudanças atitudinais (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013).

Segundo André e Ciampone (2007) as competências gerenciais relacionam-se:

- a) Responsabilidade ética e social; b) Visão global; c) Comunicação eficaz; d) Negociação e gerenciamento de conflitos; e) Gerenciamento de mudanças; f) Gerenciamento do tempo e do estresse; g) Uso do processo decisório participativo; h) Gestão de planos, ações e resultados; i) Pensamento criativo; j) Fomento de um ambiente produtivo de trabalho.

Além disso, acrescenta-se novas tendências da função gerencial nas unidades de saúde, no tocante das competências como: saber desenvolver as equipes, saber liderar e ter competência política (ANDRÉ; CIAMPONE; SANTELLE, 2013). A liderança configura-se como uma competência indispensável à atuação do gestor local, pode ser definida pela capacidade de unir pessoas no desenvolvimento de tarefas, para o alcance de metas e objetivos

² Nesse estudo predominará o termo coordenador de UBS, visto que na Região de Saúde da Grande Florianópolis, os profissionais que exercem este cargo são identificados como “coordenadores”, possivelmente relacionado a aspectos históricos e culturais da referida região.

e geram resultados positivos, como a motivação do grupo e o ambiente agradável (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007).

Geralmente os profissionais cotados para assumir a gerência de UBS são: enfermeiros, médicos, psicólogos e dentistas. A incorporação da função gerencial exige grande esforço por parte dos profissionais e destaca-se por mudanças comportamentais e a reestruturação de conceitos que permeiam a prática profissional (LOCH; CUNHA, 2012). A atuação do novo coordenador é marcada pela transição de seu perfil profissional, como mostra a Figura 2:



Figura 2: Transição do perfil profissional que assume a gerência de UBS

Fonte: Elaboração da autora (2019). Adaptado de Lock e Cunha (2012).

Isto posto, observa-se claramente a responsabilidade do coordenador da UBS em tomar determinadas decisões, contudo tal responsabilidade pode envolver processos decisórios centralizados, ou seja, pode depender de outras instâncias, acarretando medidas que nem sempre atendem as necessidades locais. Portanto, a tomada de decisão vai além da análise situacional, engloba o suporte político (ANDRÉ; CIAMPIONE, 2007).

Para Lock e Cunha (2012) as dificuldades no exercício da gerência possuem relação com: nível elevado de estresse dos coordenadores, sobrecarga de trabalho, intervenção exacerbada dos níveis centrais de gestão, grande demanda da população, problemas no

gerenciamento de equipes de saúde e outras. Além disso, as atividades são exaustivamente burocráticas e demandam tempo excessivo do trabalho do coordenador, há constantes imprevistos e imediatismos na realização de tarefas impostas pela gestão central, em alguns casos prejudicam o planejamento e desenvolvimento das ações. É frequente as demandas de seus superiores, como a produção de relatórios e levantamentos urgentes, e a ocorrência demasiadas de reuniões. Outros obstáculos envolvem problemas com os fluxos assistenciais, sobreposição de tarefas, fragilidade na articulação entre os diversos níveis da gestão e irresponsabilidade ou responsabilidade difusa no gerenciamento dos serviços.

No entanto, os entraves vivenciados pelos coordenadores servem de aprendizagem para o cotidiano do trabalho. A reflexão sobre conceitos e valores que permeiam suas experiências auxiliam no enfrentamento de problemas e na superação dos desafios. Em relação ao processo reflexivo os autores relatam:

Ao enfrentarem essas tensões e emoções, os gerentes são lançados em um processo de questionamentos e reflexão. Esse processo de ação-reflexão-ação provoca mudanças no comportamento. Aos poucos, eles descobrem um mundo mais complexo, que lhes exige novas teorias, novas conexões conceituais para explicar a realidade, enfrentar os desafios e planejar o futuro. Responder a esse desafio faz eles se moverem na direção de uma série de mudanças, tanto na forma de agir como na de pensar, um aprendizado que os transforma (LOCK; CUNHA, 2012 p. 326-327).

Outro aspecto importante envolve o desenvolvimento de uma boa rede de relacionamentos interpessoais, saber ouvir, ter flexibilidade e persuasão. O coordenador de UBS é considerado um agente de contatos, que negocia, monitora e dissemina as informações, de modo a ser considerado um porta-voz da equipe. O bom relacionamento com os profissionais favorece o desenvolvimento das ações, visto que o contato próximo junto às equipes ocupa grande parte do seu tempo de trabalho e cotidianamente há um gasto excessivo de energia para resolução dos problemas relacionais, mediação de conflitos e processos motivacionais (LOCK; CUNHA, 2012).

A realização de atividades ligadas ao planejamento e processos decisórios requer uma gestão participativa, para aumento da qualidade na tomada de decisões, maior participação das equipes, melhoria da capacidade técnica no desempenho dos serviços e na resolução de conflitos. Com a inclusão dos trabalhadores nas decisões há o compartilhamento das responsabilidades, motivação das equipes, novos aprendizados e possibilita mudanças da cultura institucional nas UBS, de modo a contribuir para modelos de organização horizontais (LOCK; CUNHA, 2012).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada em uma pesquisa abarca o caminho do pensamento e os meios desenvolvidos para abordar a realidade, para isso, trabalha-se com abordagem teórica (o método), com ferramentas para operacionalizar o conhecimento (as técnicas) e com aspectos criativos na aplicação do estudo. Sendo assim, a metodologia não se resume apenas em técnicas, pois integra a teoria, o conhecimento empírico e a compreensão da realidade (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e de caráter exploratório-descritivo. Segundo Minayo (2016) a pesquisa qualitativa no âmbito da pesquisa social, relaciona-se intrinsecamente aos significados presentes nas ações humanas, como as motivações, aspirações e valorações. Esses fenômenos representam a realidade vivida e partilhada com outros indivíduos. Assim, a produção humana envolve o universo das relações, representações e das intencionalidades e constitui o objeto do estudo qualitativo.

O caráter exploratório numa pesquisa permite de modo flexível aprimorar o conhecimento ou realizar descobertas sobre o tema a ser estudado de forma variada, ampliando o escopo da pesquisa. Já o caráter descritivo objetiva a descrição de características de certa população ou fenômeno a ser estudado. Ambos se relacionam à pesquisa social e à busca pela compreensão da atuação prática dos indivíduos (GIL, 2002).

No tocante de métodos utilizados nas pesquisas de Ética, assim como de Filosofia em geral, são apresentados de maneira clara e rigorosa, com intuito de expor os procedimentos realizados para afirmação do estudo e dar abertura à crítica argumentativa de outros estudiosos, corroborando a aplicação de métodos razoáveis (CORTINA; MARTINEZ, 2010).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo foi a Região de Saúde da Grande Florianópolis localizada no Estado de Santa Catarina, o trabalho de campo desenvolvido foi demarcado pelas UBS que compõe a referida região. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2016, p.56):

O trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, e visa a estabelecer uma interação com os diferentes “atores” (pessoas com as quais vamos trabalhar) que fazem parte da realidade. Assim sua finalidade é construir um conhecimento empírico, considerado importantíssimo para quem faz a pesquisa social.

Entende-se a importância da compreensão da regionalização das ações e serviços de saúde prestadas à população e a coparticipação entre o estado e municípios nesse processo, que influi diretamente na organização do trabalho, planejamento em saúde, coordenação e integração das ações desenvolvidas pelos profissionais da APS.

O Estado de Santa Catarina divide-se geograficamente em 16 Regiões de Saúde, esta apresentação não está necessariamente ligada à divisão administrativa do estado (SANTA CATARINA, 2018a). Em relação às demais regiões catarinenses, a Região de Saúde da Grande Florianópolis apresenta a maior população residente, sendo estimada em 1.189.947 pessoas em 2018, cerca de 16,8 % da população total do estado (IBGE, 2019). A referida região abarca 22 municípios, entre eles o município de Florianópolis que representa a capital catarinense.

O desenho das Regiões de Saúde de Santa Catarina corresponde a divisão intraestadual, caracterizada pela conformação de municípios adjacentes, de acordo com critérios estabelecidos para formação de uma região, com o objetivo de efetivar a organização da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006). Entende-se por Região de Saúde:

O 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 (BRASIL, 2011).

No tocante às Macrorregiões de Saúde que abarcam as Regiões de Saúde em SC, recentemente foi aprovado em Comissão Intergestor Bipartite (CIB) um novo delineamento, agregando-se o total de 07 macrorregiões, com intuito de perfazer o Planejamento Regional Integrado, balizado no processo de regionalização (SANTA CATARINA, 2018b). As macrorregiões podem agregar uma ou mais Regiões de Saúde circunjacentes, sendo organizadas para atender com suficiência os serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2018). Destaca-se nesse estudo a Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis, composta pela Região de Saúde da Grande Florianópolis observada na Figura 3:

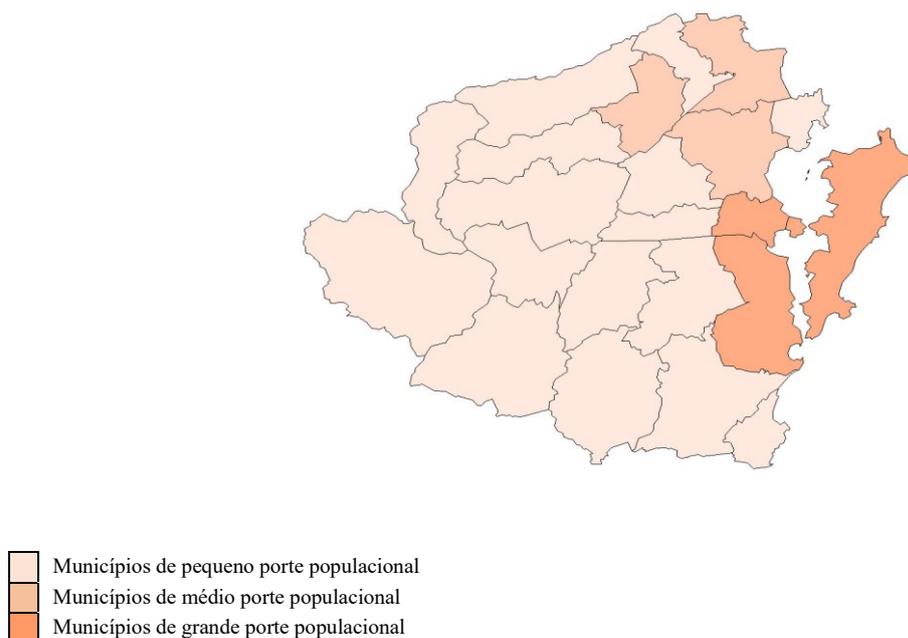


Figura 3: Mapa da Região de Saúde da Grande Florianópolis segundo porte populacional no ano de 2018.

Fonte: Elaboração da autora (2019). Adaptado do Programa TabWin.

Até o final de 2018 a coordenação de ações e serviços de saúde no âmbito regional estava sob responsabilidade das Gerências Regionais de Saúde (GERSA), subordinadas administrativamente às Agências de Desenvolvimento Regional (ADR) e tecnicamente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) e da Coordenadoria de Serviços Decentralizados da Grande Florianópolis (CSDGF), subordinada à Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS da SES/SC. No ano supracitado o estado apresentava o total 20 ADR e 01 CSD (SANTA CATARINA, 2018a).

A coordenação da Região de Saúde da Grande Florianópolis dividia-se por meio da CSDGF responsável pelos municípios: Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, São Bonifácio, São José, São Pedro de Alcântara e Santo Amaro da Imperatriz. A ADR de Blumenau pelos municípios: Canelinha, Major Gercino, Nova Trento, São João Batista e Tijucas. Já a ADR de Rio do Sul pelos municípios: Alfredo Wagner e Leoberto Leal e finalmente a ADR de Tubarão pelos municípios: Garopaba e Paulo Lopes (SANTA CATARINA, 2018b).

No intuito de organizar a distribuição de estabelecimentos de saúde frente aos respectivos municípios que compõe a Região de Saúde da Grande Florianópolis, e propor uma aproximação inicial sobre a situação de saúde vivenciada no local do estudo, foi realizada a

estratificação do porte populacional dos municípios (Tabela 1). Como referência foi utilizado um estudo realizado em 2016 por pesquisadores da UFSC. A pesquisa avaliou o desempenho em saúde de municípios brasileiros, expondo indicadores influenciáveis à gestão em saúde, segundo o porte dos municípios. Para isso Calvo *et al.* (2016) estratificaram o fator porte populacional em 3 grupos: municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte), municípios com 25 a 100 mil habitantes (médio porte) e municípios com menos que 25 mil habitantes (pequeno porte).

Tabela 1: Distribuição de estabelecimentos de saúde segundo porte populacional dos municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis no ano de 2018.

Estabelecimento de saúde	Município de grande porte	Município de médio porte	Município de pequeno porte	Total
Unidade Básica de Saúde (UBS)	94	32	48	174
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	05	02	01	08
Policlínica/Centro de Especialidades	08	04	02	14
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	10	01	02	13
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	05	02	01	08
Hospitais/Maternidades	10	01	03	14

Fonte: Elaboração da autora (2019). Adaptado de Calvo *et al.* (2016); e adaptado do CNES (2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde da APS que atuavam no cargo de coordenador de UBS na Região de Saúde da Grande Florianópolis. De modo geral cada UBS possui um coordenador, por isso foi proposto uma amostra representativa (aproximadamente 10%) baseada no número total de UBS. De acordo com o CNES em 2018 existiam 174 UBS na região e assim foram incluídos 16 participantes na pesquisa.

Diferentemente da pesquisa quantitativa, em que o pesquisador busca uma amostragem baseada na representatividade numérica que permita generalizar conceitos teóricos utilizados para testagem, na abordagem qualitativa orienta-se que:

O pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação [...]. Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo (MINAYO, 2014, p. 196-197).

A amostragem foi realizada em 02 etapas. Na primeira etapa, realizou-se a estratificação. Segundo Gil (2002), este tipo de amostragem é caracterizado pela eleição de uma amostra de cada subgrupo de determinada população a ser considerada. Nesse sentido, foram utilizados os 03 subgrupos adaptados do estudo de Calvo *et al.* (2016), abrangendo não somente a estratificação de porte populacional por município, mas também o número de UBS correspondente a este universo (Quadro 1). O subgrupo 1 representou os municípios que possuem mais de 100.000 habitantes e 54% das UBS, o subgrupo 2 os municípios entre 25.000 e 100.000 habitantes e 18,4% das UBS e o subgrupo 3 os municípios menores de 25.000 habitantes e 27,6% das UBS. Cada subgrupo apresentou respectivamente o grupo amostral de 09, 03 e 04, sendo o número total de UBS e logo, o número total de participantes. Na segunda etapa foi realizada uma amostragem aleatória simples, ou seja, dentro de cada subgrupo ocorreu um sorteio utilizando o Microsoft® Excel/Office 365, para geração de números aleatórios correspondentes a cada UBS da Região de Saúde da Grande Florianópolis e finalmente delimitou-se os 16 participantes.

Visando o refinamento adequado da pesquisa foi elencado o critério de inclusão dos participantes: exercer o cargo de coordenador na UBS, e o critério de exclusão: possuir tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde inferior a 1 (um) ano.

Quadro 1: Distribuição dos municípios na Região de Saúde da Grande Florianópolis, segundo porte populacional e número de UBS no ano 2018.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
Mais de 100.000 habitantes		
Florianópolis	492.977	50

São José	242.927	23
Palhoça	168.259	21
De 25.000 a 100.000 habitantes		
Biguaçu	67.458	13
Tijucas	37.645	12
São João Batista	36.244	7
Menos de 25.000 habitantes		
Santo Amaro da Imperatriz	22.905	5
Garopaba	22.568	7
Governador Celso Ramos	14.333	4
Nova Trento	14.312	5
Canelinha	12.080	7
Alfredo Wagner	9.984	3
Antônio Carlos	8.411	2
Paulo Lopes	7.418	2
Águas Mornas	6.378	2
São Pedro de Alcântara	5.709	3
Angelina	4.860	2
Major Gercino	3.430	1
Anitápolis	3.236	1
Leoberto Leal	3.083	2
Rancho Queimado	2.868	1
São Bonifácio	2.862	1
Total	1.189.947	174

Fonte: Elaboração da autora (2019). Adaptado do IBGE (2019); e do CNES (2018).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados compreendeu o período de abril e maio de 2019. Inicialmente foi contatada a gestão municipal de saúde de cada município, para apresentação do projeto e solicitação de autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Após a anuência, foi feito o contato com a coordenadora da UBS, confirmando seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, com isso, agendou-se o dia e horário da entrevista de acordo com a necessidade da

participante, sendo realizada em local privativo, habitualmente um consultório da UBS. Sobre a finalidade da entrevista no âmbito da pesquisa os autores Minayo, Deslandes e Gomes (2016 p. 58) explanam:

Entrevista, tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científica, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador e sempre dentro de uma finalidade. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objeto.

A entrevista foi semiestruturada em conformidade com roteiro proposto nesse estudo (APÊNDICE B). A utilização desse método abrange perguntas fechadas e abertas, permitem ao entrevistado o questionamento de ideias, sem manter estático o roteiro do entrevistador (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016). Nesse processo as conversas foram gravadas e armazenadas em um dispositivo eletrônico de áudio, conforme autorização prévia dos envolvidos, sequencialmente a entrevista foi transcrita utilizando o Microsoft® Word/Office365 e software ATLAS.ti®8, este último para organização e análise dos dados.

A pergunta norteadora da pesquisa abarcou o seguinte questionamento: Dentre as questões relatadas (acontecimentos que geram dúvidas ou dificuldades para tomada de decisão), quais situações você considera como possíveis problemas éticos no seu cotidiano profissional? Tal questionamento teve o intuito de promover uma reflexão sobre os problemas vivenciados no âmbito do gerenciamento e uma associação destes com possíveis problemas éticos.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Esta fase foi marcada pela análise e compreensão dos dados obtidos na coleta. Nesse processo utilizou-se o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011). Segundo a autora este método pode ser compreendido como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Dentre o escopo de técnicas utilizadas para análise de conteúdo está a Análise Categorical, que apresenta como uma de suas categorias, a Análise Temática ou Investigação dos Temes, esta representou o formato analítico deste estudo. A Análise Temática usualmente

é empregada em estudos sobre opiniões, atitudes, aspectos valorativos de indivíduos e outros. Assim, delimita os valores de referência e os padrões de comportamento expostos no discurso que representam os significados ou núcleos de sentido (BARDIN, 2011). Nesse processo de análise utiliza-se 03 etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise foi realizada a organização do plano de análise, com intuito de sistematizar as ideias iniciais dos dados coletados. Primeiramente ocorreu a leitura flutuante, que permitiu a aproximação com os dados encontrados na pesquisa. Ainda na pré-análise iniciou-se o recorte dos textos, visando à categorização e codificação dos dados. Segundo Bardin (2011) o processo de categorização envolve o agrupamento de elementos que possuem determinada particularidade, com o objetivo de representar de modo simplificado os dados brutos. Já a codificação transforma estes dados em unidades de registro dando a eles significados relacionados à investigação dos temas.

Em todo processo de análise foi utilizado o Software ATLAS.ti® 8.0. Primeiramente criou-se um projeto (arquivo) no ambiente do software, no qual foi inserido cada documento (entrevistas transcritas), a partir daí deu-se início a primeira etapa da análise.

Os procedimentos correspondentes à análise propriamente dita foram direcionados à etapa de exploração do material selecionado. Esta etapa pode ser entendida pela aplicação de técnicas sistemáticas que “permitem, a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo [...]” (BARDIN, 2011, p. 129).

Por fim ocorreu o tratamento e interpretação dos resultados encontrados da pesquisa. Esta etapa envolve um conjunto de procedimentos correspondente à valoração e compreensão dos dados obtidos e permitem a atribuição de sentidos, relacionados ao arcabouço teórico utilizado para fundamentar a pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em concordância com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi seguido nesta pesquisa o compromisso em cumprir os preceitos éticos e científicos envolvendo o estudo com seres humanos, considerando o respeito à dignidade, liberdade, autonomia e proteção de cada indivíduo.

O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) no dia 25 de março de 2019, sob CAAE: 09138919.2.0000.0121 e Número de Parecer: 3.221.343 (ANEXO A). Além disso, o

projeto recebeu a autorização para realização da pesquisa da Coordenadoria de Serviços Descentralizados da Grande Florianópolis (ANEXO B), da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde de Florianópolis (ANEXO C) e do Núcleo de Educação Permanente em Saúde de São José (ANEXO D). Em cumprimento às exigências éticas e científicas da Gestão Regional e Municipal de Saúde.

As participantes foram esclarecidas dos objetivos, método e relevância da pesquisa, garantido o acesso dos dados por ele fornecidos, o sigilo de informações e a preservação das identidades por meio de pseudônimos que asseguraram seu anonimato. Os riscos atribuídos à pesquisa foram considerados mínimos, ligados a fatores de natureza emocional, relativos à exposição de problemas éticos da vivência profissional. Nesse sentido, foram informadas que poderiam desistir da pesquisa em qualquer momento, sem ônus ou penalizações.

Para atender aos aspectos éticos, cada participante da pesquisa foi informada sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em anuência à participação na pesquisa, assinaram o documento (APÊNDICE A). Ressalta-se que todo o material referente à pesquisa ficará sob posse dos pesquisadores por cinco anos e depois será destruído.

4.7 SÍNTESE DO PROCESSO METODOLÓGICO

No intuito de apresentar de modo sintetizado o processo metodológico desenvolvido nesse estudo, apresenta-se a seguir o Quadro 2.

Quadro 2: Síntese dos aspectos metodológicos do estudo

DESENHO DO ESTUDO	
Tipo	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo.
Cenário	<ul style="list-style-type: none"> • Região de Saúde da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 16 participantes;
Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestruturada;
Análise de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Software ATLAS.ti® 8.0; • Análise de Conteúdo.

Aspectos éticos

- Resolução nº 466/2012 CNS/MS e nº 510/2016 CNS/MS;
- Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, CAAE: 09138919.2.0000.0121 e Parecer nº 3.221.343;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Identificação dos participantes por pseudônimo.

Fonte: Elaboração da autora (2019).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme preconiza o Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, a forma de apresentação dos resultados das dissertações deve ser realizada por pelo menos um artigo original. Por essa razão, os resultados e a discussão deste estudo estão sob a forma de artigo.

Os resultados da pesquisa estão expostos a partir da análise de dados, por meio desta destacou-se o fenômeno central da pesquisa, intitulado: “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde”, compreendendo suas categorias e subcategorias apresentadas no quadro 3:

Quadro 3: Fenômeno central da pesquisa e suas categorias e respectivas subcategorias

Fenômeno Central	Categoria	Subcategoria
Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde	Problemas éticos nas relações com usuário	<ul style="list-style-type: none"> • Limites na relação; • Desrespeito nas relações; • Privacidade e sigilo de informações; • Incompreensão do processo e condições de trabalho; • Discordância de condutas médicas.
	Problemas éticos nas relações com profissionais da UBS	<ul style="list-style-type: none"> • Medo de ameaças; • Mudanças de comportamento; • Delegação de tarefas; • Relação profissional e pessoal; • Cumprimento das normas de trabalho; • Desrespeito nas relações.
	Problemas éticos nas relações com profissionais da Gestão Central	<ul style="list-style-type: none"> • Imposição de ações e serviços; • Parcialidade nas relações; • Interferência política.
	Problemas éticos na gestão dos serviços da UBS	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação do cuidado; • Infraestrutura; • Gestão do conhecimento; • Recursos materiais; • Recursos humanos.

Fonte: Elaboração da autora (2019).

5.1 MANUSCRITO 1 – PROBLEMAS ÉTICOS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

PROBLEMAS ÉTICOS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA GERÊNCIA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Vanessa Maria Vieira³

Fernando Hellmann⁴

RESUMO

O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) mostra-se uma tarefa complexa por estabelecer a ponte entre a gestão central do município, os profissionais que atuam na assistência à saúde e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores conflitantes entre os diferentes atores e destes com a organização dos serviços de saúde revelam problemas éticos a serem enfrentados no cotidiano profissional. Objetivo: Analisar os problemas éticos vivenciados por coordenadores no âmbito do gerenciamento de UBS. Metodologia: Pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, realizada por meio de investigação de campo na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Realizou-se 16 entrevistas semiestruturadas com coordenadoras de Unidades Básicas de Saúde provenientes de municípios de pequeno, médio e grande porte, no primeiro semestre de 2019. Os dados coletados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temática. Resultados: O fenômeno central do estudo “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde”, foi representado por 04 categorias e 19 subcategorias: Problemas éticos nas relações com os usuários (05); Problemas éticos nas relações com os profissionais da UBS (06); Problemas éticos nas relações com profissionais da gestão central (03); e Problemas éticos na gestão dos serviços de saúde (05). Conclusão: A maioria dos problemas éticos vivenciados emergem das relações pessoais em torno do gerenciamento das UBS. O subfinanciamento do SUS intensifica os problemas éticos vividos. Sugere-se o desenvolvimento de competências relacionadas à mediação de conflitos para os coordenadores de UBS com vistas a minimizar os problemas éticos no cotidiano da gestão.

Palavras-chave: Bioética. Ética. Atenção Primária à Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Gestão da Saúde da População.

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC). Membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva/NUPEBISC/PPGSC/UFSC. E-mail: vanessa_vieiras@hotmail.com

⁴ Naturólogo. Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Departamento de Saúde Pública/UFSC. Membro do NUPEBISC/PPGSC/UFSC. E-mail: hellmann.fernando@gmail.com

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Bioética como campo de estudos, os pesquisadores têm se dedicado a estudar problemas éticos vivenciados no âmbito hospitalar, envolvendo situações pontuais e que necessitam de resposta imediata (JUNGES *et al.*, 2012; SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015; SIMAS *et al.*, 2016). O cenário de situações dramáticas, típicos do ambiente hospitalar, difere-se do encontrado na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que os profissionais buscam objetivos a longo prazo, como a melhora dos indicadores de saúde, traduzindo à integralidade nos cuidados prestados à população. Na APS é frequente o contato entre os profissionais e os usuários, marcado por situações cotidianas e não urgentes. Tais características peculiares da APS podem ocasionar o manejo inadequado na assistência ao indivíduo e à comunidade (ZOBOLI, 2004).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta o quão eficiente pode ser a assistência na APS, possibilitando o atendimento de 80 a 90% das necessidades de saúde apresentadas pela população (OPAS, 2018a). As ações e serviços realizados pelas equipes de APS estão condicionadas ao adequado gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A nova Política de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, sugere a inclusão do gerente de UBS na equipe de profissionais que atuam na APS. Este gerente apresenta a função técnico-gerencial, com vista ao planejamento das ações em saúde, de acordo com as especificidades do território e da população abrangente, assim como, dos processos organizativos, de coordenação e de integração das práticas em saúde (BRASIL, 2017).

Pode-se salientar que o gerente ou coordenador de UBS atua como interlocutor das políticas provenientes da Gestão Municipal de Saúde (gestão central), junto aos profissionais de saúde e usuários (CARVALHO *et al.*, 2014). Por sua vez, a complexidade desta interlocução revela as dificuldades no exercício da gerência de UBS, as quais possuem relação com nível elevado de estresse desses profissionais, sobrecarga de trabalho, intervenção exacerbada dos níveis centrais de gestão, grande demanda da população, problemas no gerenciamento de equipes de saúde e outras (LOCK, CUNHA, 2012).

A literatura tem atribuído espaço às pesquisas relacionadas a problemas éticos vivenciados na APS (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2017; RIBEIRO, GOUVÊA, CASOTTI, 2017; NORA, ZOBOLI, VIEIRA, 2015; VIDAL *et al.*, 2014; LOCK, CUNHA, 2012; LIMA *et al.*, 2009; ZOBOLI, 2003), porém pouco relacionada ao âmbito da gerência. De modo geral, pode-se perceber que os referidos estudos sobre problemas éticos vivenciados na APS envolvem as relações entre os profissionais, usuários e familiares no âmbito assistencial e apesar de anunciarem os problemas éticos ligados à gestão, deixam lacunas em relação a esta

temática, sobretudo por não terem realizados estudos especificamente sobre os problemas vivenciados pelos coordenadores de UBS.

A gerência de UBS mostra-se uma tarefa complexa por estabelecer a ponte entre a gestão central, os profissionais assistencialistas e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores conflitantes entre os diferentes atores em seus papéis e destes frente à organização do serviço e do sistema de saúde abarcam problemas éticos a serem enfrentados cotidianamente. Reconhecer tais problemas vivenciados por coordenadores de UBS pode auxiliar a pensar soluções para melhoria constante dos processos de trabalho e conseqüentemente da atenção à saúde dos usuários. Neste sentido este estudo teve como objetivo analisar os problemas éticos vivenciados por coordenadores no âmbito do gerenciamento de UBS.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, exploratório-descritivo, realizado por meio de investigação de campo no primeiro semestre de 2019. Os métodos utilizados nas pesquisas de Ética são apresentados de maneira clara e rigorosa, com intuito de expor os procedimentos realizados para afirmação do estudo e dar abertura à crítica argumentativa de outros estudiosos, corroborando a aplicação de métodos razoáveis (CORTINA; MARTINEZ, 2010).

O estudo ocorreu na Região de Saúde da Grande Florianópolis, a qual apresenta a maior população residente de Santa Catarina, estimada em 1.189.947 pessoas em 2018, cerca de 16,8 % da população total do Estado (IBGE, 2019). A referida região abarca 22 municípios estratificados segundo porte populacional: municípios com mais de 100 mil habitantes (grande porte), municípios com 25 a 100 mil habitantes (médio porte) e municípios com menos que 25 mil habitantes (pequeno porte), conforme referência utilizada no estudo de Calvo e colaboradores (2016). A Região conta com 174 UBS sendo 94 UBS (54%) localizadas em municípios de grande porte, 48 UBS (27,6%) em Municípios de pequeno porte e 32 UBS (18,4%) em municípios de pequeno porte.

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde da APS que atuam no cargo de coordenador de UBS na Região de Saúde da Grande Florianópolis. De modo geral cada UBS possui um coordenador. Utilizou-se uma amostra representativa (aproximadamente 10%) do universo de participantes da região, baseada no número total de UBS, resultando em 16 participantes na pesquisa: 09 provenientes de municípios de grande porte, 03 de médio porte e 04 de pequeno porte. Posteriormente foi realizada uma amostragem aleatória simples por sorteio utilizando o Microsoft® Excel/Office 365, para geração de números aleatórios

correspondentes a cada UBS da Região de Saúde da Grande Florianópolis e finalmente, a amostra de participantes. Visando o refinamento adequado da pesquisa, deu-se como critério de inclusão dos participantes: exercer o cargo de coordenador na UBS, e como critério de exclusão: possuir tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde inferior a 1 (um) ano.

A coleta de dados compreendeu o período de abril e maio de 2019, mediante entrevistas semiestruturadas individualizadas, guiadas por um roteiro, o qual caracterizava o perfil do entrevistado e questionava quanto à vivência de problemas éticos no âmbito da gerência de UBS (APÊNDICE B), sendo realizada em horário previamente agendado no ambiente de trabalho dos participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e tratadas por meio de Análise de Conteúdo Temática, com categorias dadas a posteriori, conforme preconizado por Bardin (2011). Utilizou-se o software ATLAS.ti®8, no processo de organização dos dados.

O projeto de pesquisa que originou este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, registrado sob o parecer nº 3.221.343. As normas éticas nacionais em pesquisa envolvendo seres humanos foram consideradas na concepção e desenvolvimento do estudo. Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por utilizar a letra “C” na identificação das coordenadoras de UBS, seguida pela ordem numérica das entrevistas realizadas, a saber: C1 a C16.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados será realizada em três seções, com o propósito de facilitar a visualização dos dados obtidos e da correlata discussão. A Seção I trata do *Perfil dos participantes da pesquisa*; a Seção II dos *Principais problemas éticos vivenciados no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde*; e a Seção III da *Abordagem dos problemas éticos pelas coordenadoras de UBS e seus impactos*.

Seção I - Perfil dos participantes da pesquisa

Todas as coordenadoras das 16 UBS sorteadas para a realização das entrevistas concordaram em participar da pesquisa. As 16 participantes identificaram-se como do gênero feminino. A idade média foi de 36,5 anos de idade, sendo o mínimo 25 e o máximo 57 anos. Do total, 13 (76,5%) eram graduados em enfermagem e apenas uma entrevistada possuía o nível técnico (em enfermagem). Das 16 entrevistadas, 14 (82,4%) possuíam pós-graduação (09

especializações, 04 mestrados e 01 doutorado), sendo 07 na área de saúde coletiva e 03 na gestão em saúde. Quanto ao vínculo de trabalho 10 participantes (58,2%) são estatutários e 06 (41,2%) contratados; 12 (76,5%) cumprem 40 horas semanais de trabalho e 4 (23,5%) 30 horas; do total de entrevistadas apenas 01 possui outro vínculo empregatício. O tempo médio de trabalho na Atenção Primária à Saúde foi de 9,5 anos, sendo o mínimo de 02 anos e o máximo de 25 anos. O tempo médio de gerência de UBS foi de 5,4 anos, sendo o mínimo de 05 meses e o máximo de 20 anos.

O perfil das participantes deste estudo é semelhante ao encontrado na literatura, a qual aponta para maioria das coordenadores de UBS do sexo feminino, enfermeiras e pós-graduadas (CARVALHO *et al.*, 2014; OHIRA, CORDONI JUNIOR, NUNES, 2014; FERNANDES, MACHADO, ANSCHAU, 2009; ALVES, PENNA, BRITO, 2004). Nos municípios de pequeno porte tendem a ser mais jovens e com menor experiência (CARVALHO *et al.*, 2014).

Seção II - Principais problemas éticos vivenciados no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde

A partir da interação dos dados e da representação dos núcleos de sentido analisados nesse processo, evidenciou-se o fenômeno central do estudo: “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde”.

No desenvolvimento da análise de dados realizou-se a construção de quatro categorias e suas respectivas subcategorias e a relação destas com o fenômeno central do estudo, em concordância com o componente analítico: aspectos valorativos, inclinações, motivações de opiniões, de atitudes, que estiveram presentes no discurso dos participantes. Esta correlação entre categorias, subcategorias e o fenômeno é apresentada na Figura 1.

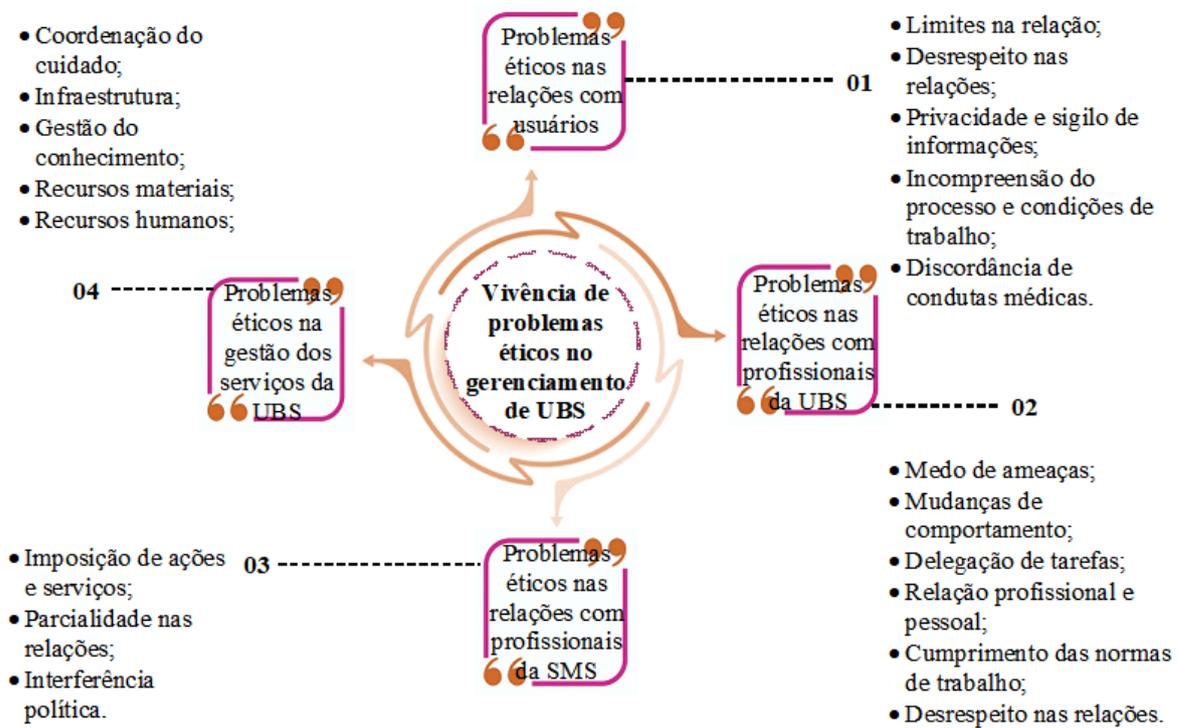


Figura 1: Diagrama representativo da relação entre as categorias, subcategorias e o fenômeno.

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Problemas éticos nas relações com o usuário

A primeira categoria expõe os problemas éticos vivenciados nas relações com os usuários, apresenta tanto os desafios enfrentados diretamente pelas coordenadoras de UBS, como indiretamente pelos profissionais e usuários que influenciam o seu processo de trabalho, assim, 11 (onze) participantes apresentaram relatos sobre a referida categoria.

As narrativas das entrevistadas apontam a dificuldade em estabelecer os *limites da relação* profissional-usuário, às vezes por estar trabalhando no mesmo local há muitos anos, ocorre o estreitamento da relação com os usuários e a interferência no processo de trabalho dos profissionais pela construção do vínculo.

Eu conheço todo mundo [a comunidade]. Já conheço filho, neto. Isso também, às vezes, é um problema [...] às vezes o servidor se sente íntimo do paciente. Esses problemas éticos acontecem muito por causa disso, de misturar relação. É o que é mais difícil no dia a dia e às vezes gera problema para eu resolver (C10).

Um fator importante sobre a construção do vínculo com os usuários, está ligado às mudanças ocorridas no setor saúde, a aproximação dos serviços com os usuários, e logo, as

modificações no âmbito das relações. Esse cenário destaca o novo papel dos usuários, desencadeia também uma nova realidade de trabalho, que pode ser entendida pelo profissional de saúde como um problema ético (JUNGES *et al.*, 2012).

Os atritos na relação profissional e usuário estão presentes nos discursos das coordenadoras e salientam o *desrespeito nas relações* com os usuários, relacionado à impaciência e ao tratamento ríspido. Aspectos éticos ligados à *privacidade e ao sigilo* de informações também foram colocados pelas participantes. O desrespeito à privacidade aparece de forma menos frequente entre os usuários, despertados pela curiosidade e pela tentativa de investigar a vida de familiares e conhecidos que frequentam a mesma UBS. Por outro lado, nas relações entre profissionais com os usuários, a situação é vista frequentemente, inclusive relativo à quebra de informações sigilosas, seja pelo repasse de casos clínicos para outros profissionais ou a exposição de problemas de saúde dos usuários na frente dos presentes na unidade de saúde.

Tenho percebido crescente nos profissionais de saúde é a falta de ética. Não preservação do paciente, exposição, discussão do paciente no corredor: “ô fulana faz a notificação de sífilis da fulana?” [em voz alta]. Eu pensei: será que ninguém está ouvindo isso só eu? (C1).

Em um estudo realizado sobre problemas bioéticos nas equipes de Saúde da Família (eSF), esta temática foi considerada um dos principais problemas apontados pelos entrevistados. Os autores conceituam o sigilo como ação de resguardar informações que são obtidos pelo profissional de maneira indireta e sem anuência do usuário. Já a confidencialidade relaciona-se à preservação de informações que são repassadas diretamente ao profissional pelo usuário (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2015).

Entre as entrevistadas houve comentários sobre a preocupação do sigilo e a privacidade, inclusive da confidencialidade de informações com os profissionais que atuam no cargo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Junges e colaboradores (2015) também citaram esta inquietação da equipe de saúde, visto que os ACS fazem a interlocução dos usuários com a unidade de saúde. De acordo com o estudo, o manejo adequado de informações sigilosas e privadas, deve começar no momento do acolhimento e persistir no decorrer de todo o atendimento ao usuário, com vistas à criação de vínculo, baseado nos preceitos éticos e englobam o respeito à autonomia e à singularidade do indivíduo.

Segundo as entrevistadas, o relacionamento com os usuários envolve momentos de *incompreensão do processo e das condições de trabalho* na UBS, decorrente da

indisponibilidade de algum insumo ou serviço na UBS ou da ausência de profissionais para realização do atendimento, tais fatores geram o descontentamento do usuário.

A população em geral não entende, não é compreensiva nesse sentido. Ela quer chegar aqui, quer ser atendida e pronto. Ela não quer saber se atrás disso tem um funcionário passando mal, se tem um funcionário que tem algum problema pessoal, ou se está faltando recurso [...]. Muitas vezes eu chego aqui e tem paciente na porta reclamando de funcionário, porque está faltando vacina, porque falta médico, porque falta vaga, porque falta medicação (C11).

As pesquisadoras Nora, Zoboli e Vieira (2015) apontaram no seu estudo sobre problemas éticos vivenciados por enfermeiros na APS, que esses problemas surgem por falhas de comunicação ou a falta dela, e ainda, pela transmissão de informações imprecisas.

Outro elemento destacado pelas coordenadoras de UBS foi a *discordância de condutas médicas* pelos usuários. Geram objeções referentes à indicação clínica e encaminhamentos de consultas e exames, com isso, colocam as coordenadoras numa posição delicada de indagar a tomada de decisão de outro profissional.

Hoje, por exemplo, eu tive uma usuária que ela veio para fazer uma reclamação [...] disse que a médica analisou o exame, que estava tudo correto, e ela foi na especialista e a especialista disse que não, que tem que encaminhar para um segundo especialista. É muito delicado quando tu pegas situações assim porque tu podes ter tanto uma negligência por trás, um erro, ou não, de fato, o médico é que tem razão [...]. É bem difícil questionar condutas (C8).

O vínculo dos usuários com os serviços de saúde perfaz-se na capacidade desses serviços em atender suas necessidades e expectativas. Nesse sentido, a operacionalização dessa relação pelos profissionais das APS implica no manejo de situações complexas e de respostas, por vezes, limitadas (SIMAS *et al.*, 2016).

Problemas éticos nas relações com os profissionais da UBS

A segunda categoria mostra as questões que permeiam os problemas éticos nas relações com os profissionais, referem-se aos problemas identificados pelas participantes ao lidar diretamente com os profissionais e indiretamente ao deparar-se com os problemas apresentados entre os profissionais. Nesta categoria 10 (dez) participantes relataram questões de ordem ética.

As narrativas apresentadas pelas participantes abarcam problemas vivenciados que provocam o *medo de ameaças* de profissionais com históricos de má conduta, impede em

muitos casos a intervenção da coordenadora, diante de uma situação inapropriada apresentada pelo profissional. Em relação à conduta houve relatos sobre as dificuldades para *mudanças de comportamento* dos profissionais, com vistas à adequação do processo de trabalho na UBS.

O mais difícil, na verdade, é o nosso dia a dia aqui. Os profissionais que estão aqui dentro [...] eu enquanto coordenadora às vezes tenho que chamar e falar: olha, isso não é assim, isso não está correto [...], e tem muitas pessoas que tem uma certa resistência com mudanças de comportamento (C7).

Os obstáculos do cotidiano de trabalho permeiam a necessidade de *delegação de tarefas*, na qual as coordenadoras sentem a falta de colaboração na realização de atividades que sejam contrárias à vontade do profissional. O estudo realizado por Zoboli (2016) corrobora esta afirmativa, dentre os problemas éticos na APS elencados pela autora, observou-se pouco diálogo e compreensão, assim como, falta de cooperação na relação entre profissionais.

Além disso, sobressai nas falas os desafios em separar a *relação profissional e pessoal*. Muitas vezes envolve a falta de neutralidade na mediação de conflitos, embora exista a preocupação de não privilegiar determinado profissional, há o fator afinidade.

É difícil essa questão de conflito. Porque daí não pode tomar partido porque “tu tá favorecendo ela e tá me prejudicando” é difícil de tu conseguir ficar neutra. E muitas vezes tu não és neutra. Muitas vezes tu tens uma afinidade maior por uma. É uma questão pessoal (C4).

As dificuldades relativas à relação profissional-pessoal são apontadas por outros autores. O dia a dia de trabalho nas UBS apresenta-se como espaço de compartilhamento de experiências, não somente profissionais, mas da vida social de cada um, a partir disso, são estabelecidas as relações entre os sujeitos inseridos nesse contexto (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Dentre os aspectos de vivência de problemas éticos que influenciam no gerenciamento, aparecem os embaraços no *cumprimento das normas de trabalho* ao lidar com profissionais que possuem resistência em cumprir as rotinas da UBS, em certos casos criam suas próprias regras e atrapalham o andamento das atividades, como a definição indevida de horários de funcionamento de certos serviços realizados na unidade de saúde. O estudo desenvolvido pelos pesquisadores Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014) sobre concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e coordenadores da APS, expôs o conflito no âmbito da gerência, cujo profissional sobrepõe-se a autoridade do coordenador e limita-se a desempenhar as atividades conforme seu interesse.

Mais um elemento presente nas falas das entrevistadas foi o *desrespeito nas relações* entre os profissionais. As situações apontadas referem-se principalmente ao desentendimento na realização de atividades. Houve comentários sobre queixas de profissionais pela má distribuição de tarefas e a sensação de sobrecarga pelo colega da equipe, gerando conflitos e por vezes a coordenadora da UBS precisa intervir. Outras situações relacionam-se à intromissão do profissional no trabalho de outro colega, em muitos casos esses atritos terminam em agressões, por meio de palavras insultuosas e salientam a falta de respeito entre os membros da equipe.

Acho que quando tu invades o espaço do outro, quando tu faltas com o respeito com o outro, com o teu outro colega, eu acho que já se torna uma questão ética. Uma coisa é tu estar insatisfeito com teu local de trabalho, com as coisas, com os teus problemas, e outra coisa é tu estar xingando o teu colega de trabalho, tu estar falando mal dele (C16).

A organização dos serviços ofertados na APS é evidenciada pelo caráter multiprofissional que orienta as atividades de atenção à saúde, isso propicia o surgimento de problema éticos pela complexidade envolta ao trabalho em equipe (SANTOS *et al.*, 2017). Faz-se necessária a compreensão dos diferentes valores significados para cada indivíduo, demarcados por crenças e perspectivas que devem ser essencialmente respeitadas e ponderadas em espaços dialógicos (SIQUEIRA-BATISTA *et al.* 2015).

Problemas éticos nas relações com profissionais da gestão central

A terceira categoria trata de aspectos atinentes aos problemas éticos nas relações com os profissionais da gestão central. Embora a referida categoria esteja no âmbito das relações profissionais, observou-se que as relações com os superiores se encontram em outra magnitude, sendo assim, 10 (dez) entrevistadas mencionaram problemas relacionados a essa categoria.

Um fato marcante nos relatos das coordenadoras de UBS é a *imposição de ações e serviços* por parte dos profissionais que atuam na gestão central. Esta imposição engloba solicitações de reuniões fora do expediente, horários de trabalho que não condizem com a capacidade da UBS, a marcação de consultas e exames sem o seguimento correto. Ainda, há insistência da gestão na implantação de serviços e delegação de ações em momentos inoportunos.

Muitas vezes nos é imposto [pela gestão central] que eu preciso sim agendar aquele paciente [...]. Não me sinto bem em tirar o lugar de outras pessoas que já estão

aguardando [...] É um sentimento de impotência, porque a gente está aqui coordenando, a gente está aqui em frente a todos os pacientes e equipe, e daí me é imposto que eu preciso fazer determinada ação que eu não concordo [...] Às vezes até aquilo que a gente orienta [o usuário]. Então, parece que foi só conversa jogada fora. De tudo que eu já orientei [...] a secretaria vai lá e passa por cima de tudo que a gente já falou e dá outra informação (C2).

Eu tive que fazer um embate diretamente com [gestão central], de falar “não, nesse momento” [implantar determinado serviço na UBS], mas isso eu tomei uma decisão embasada com a minha equipe [...]. Tem muita coisa acontecendo ao mesmo tempo na gerência atual e é um pouco de cada setor trabalhando na sua coisa sem se comunicar e a ponto de a gente ter que receber tudo isso [...]. Todo mundo [gestão central] que passa sua coisa entende que é prioridade. Então eu recebo 10 prioridades que para mim não é nenhuma daquelas (C8).

As dificuldades na relação da coordenação UBS e da gestão central são expostas em outros estudos. A intrusão no funcionamento da UBS sem comunicação prévia, sinalizadas pelas “mudanças de horários de atendimentos à população, alteração dos fluxos internos, criação de demandas específica e até na interface com a população” (LOCH; CUNHA, 2012, pag. 324). Ainda, os estudos fazem referência a processos fragmentados, marcados pelo descompasso entre os membros da gestão na solicitação de demandas e muitas vezes são contrárias ao posicionamento da gerência, por serem impróprias para unidade de saúde (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

O fator afinidade também é apresentado nos relatos de problemas com gestão central, isso faz com que ocorra a *parcialidade nas relações*. A ação de privilegiar profissionais embasadas em questões pessoais está presente nesse cenário e proporciona entraves no processo de trabalho da gerência.

Assim, problemas éticos que eu vejo, porque assim, na Secretaria tem muita coisa de amizade, então, tem algumas pessoas que são muito privilegiadas às vezes [...] tem algumas pessoas, em outras unidades, que tem amizade diretamente com pessoas lá de dentro. Então, às vezes, eu me sinto desprivilegiada por causa disso. Como se a informação chegasse depois (C5).

Outro aspecto que esteve presente nas narrativas das participantes foi a *interferência política* no gerenciamento das UBS, com solicitações de atendimentos para determinados usuários, dificultando a intervenção da coordenadora sobre tais situações.

Quando eu entrei, eu achei que eu não ia dar conta. Era superintendente ligando, era secretário [...] porque atende tal porque é amigo de tal [...] E eu fui, na verdade, mostrando que “olha, eu posso até fazer isso, mas se eu fizer isso pode gerar tal situação, tu tá disposto a assumir?” [...]. Aí começou a diminuir gradativamente e hoje nós estamos num nível em que assim, chegam situações, mas bem menos (C7).

Na literatura os aspectos políticos são mencionados como promotores de problemas éticos. Nota-se que certos agentes políticos utilizam suas influências, para propiciar atendimentos aos usuários nos estabelecimentos de saúde e agregar apoiadores partidários (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

Problemas éticos na gestão dos serviços da UBS

Nesse processo de compreensão dos problemas éticos vivenciados no gerenciamento, percebe-se que os relatos das participantes vão além de aspectos relacionais propriamente ditos, pois envolvem aspectos do sistema de saúde que conduz os serviços das UBS. Assim, a quarta categoria trata de problemas éticos na gestão dos serviços concernentes às UBS, neste quesito todas as entrevistadas relataram problemas éticos.

As explicações apresentadas mostram que o principal entrave está na *coordenação do cuidado* do usuário. Os embates permeiam o gerenciamento de vagas para os usuários, há ocasiões que a coordenadora é cobrada pela falta de vagas e isso imprime a profissional o centro de sua atenção e em determinados momentos impede a realização de outras atividades. Segundo as entrevistadas, o manejo de problemas ligados à falta de vagas, demanda esforço para atender a necessidades dos usuários, e quando isso não é possível, gera outras dificuldades em relação às negativas dadas aos usuários.

Tem dia que tu não está bem e que tu já vens pensando “tomara que hoje seja um dia tranquilo que não tenha tantos embates” porque por vezes tu tem dificuldade. Dizer um não para um usuário é muito complicado, e às vezes a gente diz não porque a estrutura não permite mesmo atender [...]. Por vezes o usuário vem conversar e tu não tem o que fazer [...]. Tu explicar para a pessoa “tu tá com dor, eu não consigo te atender nesse momento, não tenho estrutura pra isso” tu acionas outros mecanismos da rede, mas isso me traz um embate pessoal tão forte de baixa de energia. De chegar no final do dia e me ver cansada (C8).

Dentre as diretrizes da APS está a coordenação do cuidado. Pode ser entendida como o centro de comunicação e coordenação do fluxo dos usuários nos múltiplos pontos de atenção apresentados pela Rede de Atenção à Saúde e traduz-se como responsável pelo cuidado integral da população (BRASIL, 2017).

Os problemas relacionados à coordenação do cuidado foram apontados por outros pesquisadores. A articulação entre os diversos pontos de rede representa um nó crítico do sistema de saúde e interfere diretamente na APS e na efetivação de seu papel de coordenar o cuidado (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Os obstáculos vividos na gestão local abarcam condições inadequadas de *infraestrutura*. De acordo com as participantes é um elemento impeditivo para implantar certas ações e aumentar o número de atendimentos à comunidade.

A falta de espaços para integração de conhecimentos, também mostrou ser um problema para algumas coordenadoras de UBS e recai sobre as dificuldades na *gestão do conhecimento*.

A gente não tem nenhum espaço para discussão, porque a gente não pode fechar [a UBS] [...]. Por ser uma demanda espontânea, a gente tem muita resistência da prefeitura em fechar [...] o que acontece é um problema pontual, se junta dois ou três, geralmente o médico e o enfermeiro e “ah, vamos lá falar com o secretário”. Ou a gente faz uma comunicação interna por escrito. Mas é muito picado. A gente não tem uma rotina (C4).

A gestão do conhecimento perfaz-se no compartilhamento do conhecimento técnico e de experiências vivenciadas pelos profissionais, propiciadas por espaços de discussões, como por exemplo as reuniões dos membros da unidade de saúde.

Além disso, nota-se nas falas sobre a gestão dos serviços da UBS, o enfretamento à escassez de *recursos materiais* e aos embaraços na sua logística. Esses últimos apontam para sistemas de informação de difícil acesso que atrapalham a realização dos pedidos e atrasam as atividades das coordenadoras. Sobre a falta de matérias, as participantes comentaram as dificuldades do dia a dia em manter o atendimento aos usuários. Em alguns casos contam com a ajuda de outras coordenadoras de UBS circunvizinhas para amenizar a situação.

Eles terceirizam esse serviço [almoxarifado] então desde setembro é para eu receber material mensalmente. Eu recebi três vezes. Então eu fico sem muita coisa, muito material. Eu estou sem gaze, sem seringa de 03 ml, uma série de coisas (C10).

Já fui diversas vezes em outras unidades com o meu carro pegar caixa de soro, pegar insumos que eu não tinha mais, eu precisava e eu mesma fui com meu carro e trazia para cá. Qualquer dia vão tirar foto minha saindo com caixa dentro do centro de saúde dizendo que eu estou roubando coisas no centro de saúde, porque ainda tem esse risco que a gente corre sendo que a gente está fazendo de tudo (C13).

Os entraves presentes no sistema de saúde como a escassez de recursos materiais, pode afetar negativamente os profissionais de saúde e conseqüentemente o seu processo de trabalho, gerando insatisfação, principalmente nos serviços da APS por ser considerada a porta entrada dos usuários no SUS (PEGORARO; SCHAEFER; ZOBOLI, 2017)

Os assuntos envoltos à administração de *Recursos Humanos* (RH) mostram-se problemáticos para coordenadoras. Nos discursos apareceram as dificuldades relativas aos cargos comissionados, por serem indicações nem sempre é avaliado o perfil profissional

apropriado para assumir a gerência. Por outro lado, algumas participantes que assumiram esses cargos, sentiam-se coagidas em lidar com certas situações impostas pela gestão central, pois poderiam colocar seu emprego em risco.

A estabilidade profissional é relatada como um entrave no gerenciamento, pois a garantia de emprego para alguns profissionais está atrelada à falta de comprometimento na realização das atividades.

Quando é com servidor, é muito desgastante, porque, infelizmente, eu não digo todos, mas os servidores que dão esse tipo de problema são aqueles que fazem a gente levar a fama que o servidor público tem. Então é exatamente isso, é aquele servidor que está aqui e que não quer trabalhar, que vem só cumprir a carga horária, que acha que passou pelo estágio probatório e nunca mais vai sair daqui. [...] A minha gestão é limitada, eu posso ir até um certo momento [...]. Estou tendo muito problema [com um profissional], mas eu não posso dar uma advertência porque eu posso tomar um processo (C09).

Numa pesquisa realizada com coordenadores de UBS foi demonstrado que as providências instituídas em relação ao descumprimento das normas de trabalho pelo servidor público, como advertência ou até mesmo transferência para outro local surtiram pouco efeito. Assim, observa-se a restrita autonomia técnica do coordenador. Cabe salientar que o servidor público possui direitos e deveres mediante suas atividades trabalhista. Em relação aos deveres dispõe do compromisso relativo à “assiduidade, responsabilidade, competência técnica, respeito e ética” (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014, pag. 1458).

O déficit de RH esteve presente nas falas das entrevistadas, como a desmotivação em trabalhar com equipes reduzidas, isso impede o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade dos serviços da UBS. Também a sobrecarga das coordenadoras, que acabam assumindo algumas atividades assistenciais para não deixar a unidade de saúde descoberta.

A falta de RH também causa transtornos. Então quando tu tens equipes completas e tu tá abastecido, tu tens vontade de fazer as coisas andar [...] quando tu não consegues, ou tu tá perdendo tempo com outras coisas que não são pra ti, tu não consegue andar pra frente, fazer coisa nova, sabe? Então assim que eu me sinto. Eu me sinto hoje, ainda, cansada (C14).

O telefone toca e tu já sabe que alguém não vai trabalhar [...] não posso deixar a sala de vacina fechada, é um transtorno, o paciente não entende [...] quer ser atendido com todo serviço que a gente tem para prestar. Então, isso é algo que é muito cansativo, porque eu, no papel de coordenação, acabo tapando furos [...]. Acaba que eu não consigo ter espaço para estar fazendo as outras coisas, que seria organizar o serviço [...] porque o coordenador ele é o coringa da unidade (C16).

As limitações organizacionais são prejudiciais ao processo de trabalho dos profissionais da APS. Entretanto as dificuldades acometem não apenas aos coordenadores no

manejo do gerenciamento. Segundo Nora e colaboradores (2016) a insuficiência de RH e/ou sobrecarga de trabalho podem comprometer a qualidade da assistência prestada à população.

Seção III - Abordagem dos problemas éticos vivenciados pelas coordenadoras de UBS e seus impactos

A abordagem de problema éticos envolve a tomada de decisão, o desenvolvimento de habilidades nos processos decisórios é imprescindível para excelência do exercício profissional e qualidade dos serviços prestados à população. Para tanto, é fundamental a busca de alternativas apropriadas para resolução desses problemas, com vistas a uma decisão eticamente prudente, capaz de delimitar os valores e deveres inseridos nesse contexto (NORA *et al.*, 2016).

A abordagem dos problemas éticos relatados pelas entrevistadas permeiam o âmbito relacional, principalmente na mediação de conflito com os profissionais da UBS. Dentre os recursos utilizados para tomada de decisão frente ao conflito predominam o diálogo. Entretanto, nos relatos observa-se outros meios, muitas vezes de modo ulterior ao diálogo, como a acareação entre os profissionais, no intuito de expor o atrito e tentar resolvê-lo simultaneamente entre os envolvidos. Os meios lançados também se relacionam à transferência do profissional inserido na situação conflitante para outra unidade de saúde.

Os apontamentos das coordenadoras sobre a maneira inicial de tomada de decisão, usualmente apresentada pela conversa com o profissional, mostram que nem sempre é marcada pela tranquilidade. Pode haver desentendimento e desrespeito na exposição dos problemas e as decisões a serem tomadas influem sobre a vida da profissional e da equipe de trabalho.

Acaba que tudo é uma responsabilidade minha e isso é muito difícil [...]. Eu tive um problema muito sério, faz um mês, com uma servidora [...]. Aí ela teve um surto gigante e descontou essa frustração em mim. É muito difícil, porque a tua decisão vai mexer na vida daquela pessoa [...]. Aí eu disse para ela que eu não ia persegui-la porque essa não é a minha forma de gerir [...]. O trabalho dela é muito eficiente, para equipe isso é muito importante [...], mas foi muito ruim. Ela me desrespeitou como colega de trabalho, não foi nem como coordenadora (C10).

Segundo as participantes, há momentos que o diálogo é ineficaz, pois não há mudança de comportamento do profissional ou ainda a conduta extrapola o limite da relação entre os envolvidos. Isto posto, utilizam-se medidas baseadas em normativas institucionais, como o documento para registro de advertência. Este procedimento em certas circunstâncias gera sofrimento moral à coordenadora da UBS.

Eu me sinto tão mal [...]. Eu sei que tem determinadas situações que eu já deveria frear antes, mas eu vou conversando [...]. As vezes o problema [do profissional] não é aqui, é na família, daí eles trazem para cá, misturam e isso acaba refletindo no trabalho, porque atende o paciente, que não tem culpa [...]. Foi a pior situação que eu já vivenciei [dar uma advertência por escrito] porque me desacatou [...]. Ela não foi punida em nada [...]. Eles envolvem política [...] aí já sabe como é, cidade pequena [...]. Me arrependi porque fiz [...] foi bem desgastante e estressante. A gente chega em casa parecendo que está carregando o mundo nas costas (C3).

As narrativas das entrevistadas apontam para utilização de outros recursos na intervenção dos problemas apresentados pelo profissional, não somente a utilização de advertência para tentar conter determinada conduta, mas também colocá-lo à disposição da gestão central, e assim, seja encaminhado para outra atividade ou estabelecimento de saúde. Contudo, para algumas coordenadoras essa decisão precisa ser analisada detalhadamente e nem sempre tem-se a convicção de estar tomando a decisão certa. Em alguns casos faz-se necessária a presença de um apoiador da gestão central, inclusive para o amparo legal nos processos decisórios.

Estou para tomar uma decisão mais difícil, dar uma advertência ou até futuramente colocar à disposição [...]. Isso é muito complicado porque a todo momento te vem o quando você pode estar sendo injusta em relação a isso. Daí tu queres buscar todas as evidências possíveis para trazer: “não, de fato, eu estou tomando a decisão correta” [...]. Afinal é um trabalhador ali envolvido, fica sempre a dúvida (C9).
Eu tenho um apoiador [da gestão central], que é a pessoa que eu sempre chamo [...] em todas essas decisões importantes que têm consequências legais, porque, assim, na gestão a gente também tem porque tudo, hoje, é assédio moral, eu recebi, já, gente do sindicato aqui pra conversar (C10).

Quando perguntadas sobre os possíveis impactos dos problemas éticos vivenciados no cotidiano do trabalho, aparecem comentários sobre a interferência dos problemas éticos no gerenciamento da UBS, para algumas coordenadoras o trabalho gerencial é mais fácil em comparação à mediação dos problemas de ordem ética, para outras esses problemas interferem diretamente nas ações gerenciais, inclusive acarretam problemas de saúde.

Quando a gente fala em coordenação, assim, a gente acha que é muito simples. Que é só fazer pedido, botar o ponto, atestado etc. Isso eu tiro de letra, faço em cinco minutos [...]. Agora esses problemas, que são gerados muitas vezes por questões éticas, são coisas que poderiam ser evitadas e não são. Isso é o mais desgastante (C10).

Eu tento não levar para casa, mas é difícil. Influenciam de uma forma bem negativa até na execução das minhas tarefas [...]. Geralmente só jogam o problema [...] "tá aí na coordenação pra isso, pra resolver" [...]. Não consigo me concentrar para fazer as tarefas administrativas [...]. As pessoas também não conseguem entender que eu estou ali e às vezes fico doente por causa disso (C09).

Para algumas entrevistadas, as dificuldades apresentadas no âmbito do gerenciamento de UBS, fazem com que pensem em desistir do cargo, pela frustração na realização de suas tarefas e por acharem-se de certo modo incapazes para resolubilidade dos problemas.

A gente se sente frustrado, é isso que eu digo. Depois que eu assumi a coordenação, já teve alguns momentos de eu querer desistir [...]. Justamente por isso, por sempre achar que eu não estou fazendo o melhor que eu poderia fazer. E por diversos motivos, muitas vezes eu sei que não é por culpa minha e sim pelo sistema como um todo (C13).

No decorrer das entrevistas chama a atenção os sentimentos expressados pelas participantes frente aos problemas éticos, especialmente sobre a tomada de decisão. Houve relatos de tristeza, decepção, desapontamento, angústia, e principalmente frustração. Sobretudo houve relatos para driblar a sobrecarga emocional e os impactos na vivência dessas dificuldades.

Esse é o meu objetivo [...] poder ir para casa tranquila e falar “Eu fiz o melhor que eu pude” para paciente [...] Se der errado, a culpa pode até ter sido minha, mas [...] tentei resolver da melhor maneira, porque se não for nesse pensamento acho que tu sairia frustrada todos os dias (C16).

Eu queria que essas situações não acontecessem, mas já que são conflitos que acontecem no dia a dia [...]. Na real, eu estou aqui para isso. Eu sou essa pessoa que tem que tomar essas decisões (C8).

Sendo assim, o reconhecimento dos meios lançados para o enfrentamento de questões eticamente problemáticas, podem auxiliar na resolução dessas questões presentes no dia a dia dos serviços de saúde. Os recursos utilizados nesse processo requerem atividades de educação continuada e educação permanente para os profissionais da APS (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

CONCLUSÃO

As categorias e subcategorias contempladas nesse estudo e sua ligação com fenômeno central, demarcado pela “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde” apresentaram saturação dos dados e tendem a oferecer o panorama geral de tais conflitos, notadamente aqueles que emergem das relações estabelecidas pelos coordenadores de UBS com as equipes de saúde, usuários, seus superiores da gestão central e com os operadores dos sistemas de apoio e logísticos e pontos da RAS.

Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para o reconhecimento e enfrentamento de problemas éticos vivenciados por coordenadoras (es) de UBS, por meio da sensibilização de questões éticas que permeiam o cotidiano de trabalho na APS. Os aspectos éticos relativos ao gerenciamento dos serviços de saúde sobressaem na vivência de problemas éticos das coordenadoras de UBS, ao mesmo tempo denotam a falta de governabilidade, por não ser apontado nas narrativas como alvo da tomada de decisão, diferentemente das relações pessoais, abrangendo os profissionais e usuários, nas quais várias situações são apresentadas para intervenção desses problemas.

Fica evidente nessa pesquisa o despreparo dos coordenadores de UBS para o enfrentamento de problemas éticos na formação profissional em saúde. Considera-se que os currículos de graduação em saúde, as estratégias de educação continuada e de educação permanente que abarquem o tema da mediação de conflitos possam auxiliar a minimizar os problemas éticos vivenciados, especialmente os ligados à relação interpessoal, somando-se a utilização de princípios éticos para subsidiar melhor as decisões.

Pôr fim, o subfinanciamento crônico do SUS e o atual desfinanciamento da saúde com a Emenda Constitucional 95/2016, intensificam os problemas éticos sobretudo pela falta de condições de trabalho e de oferta de serviços de saúde condizentes com a realidade das necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. Enferm. Brasília**, v. 57, n. 4, p. 441-446, ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 de jul. 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html#> Acesso em: 10 jul. 2019.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p.767-776, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

CARVALHO, B. G. *et al.* Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo,

vol.48, p. 907-914, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000500907&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 09 jan. 2019.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 7, p.1453-1462, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000701453&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em; 11 jul. 2019.

CORTINA, A; MARTÍNEZ, E. **Ética**. 3ed. São Paulo: Loyola, 2010.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1541-1552, out. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 Jul. 2019.

JUNGES, J. R. *et al.* Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Rev. Bioét**, Rio Grande do Sul, vol. 23, n. 1, p. 200-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000100200&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 6 jul. 2019.

JUNGES, J.R. *et al.* Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev Bioét**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.97-105, 2012. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/649 Acesso em: 28 jun. 2018.

LOCH, S.; CUNHA, C. J. C. A. Gerenciamento de unidades de saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 322-329.

NORA, C. R. D. *et al.* Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol.25, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-4500014.pdf Acesso em: 10 jul. 2019.

NORA, C. R.D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.112-121, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48809> Acesso em: 29 jun. 2019.

OHIRA, R.H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200393&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 07 jul. 2019.

PEGORARO P. B. B.; SHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Desgaste psíquico-moral nos trabalhadores da atenção primária. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.51, p. 1-8. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusps/v51/pt_1980-220X-reeusps-51-e03257.pdf
Acesso em: 09 jul. 2019.

SANTOS, D. V. *et al.* Problemas éticos en la atención primaria: el contexto de la salud del niño. **Bioética Complutense**, v. 30, p. 12-15, 2017. Disponível em: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/137-2017-06-30-Revista%2030c.pdf> Acesso em: 2 jul. 2019.

SIQUEIRA-BATISTA *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc**, São Paulo, v.24, n.1, p.113-128, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0113.pdf> Acesso em: 08 jul. 2019.

SIMAS, K. B. F. *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 5, p.1481-1490, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501481&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 6 jul. 2019.

ZOBOLI, E. L. C. P. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Revista Ibero-americana de Bioética**, n. 2, p. 01-19, jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7348/7193> Acesso em: 12 out. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos anos houve importantes mudanças na gestão dos sistemas de saúde brasileiro, principalmente em relação ao sistema municipal, marcados por inovações tecnológicas, diferentes modelos de gestão, descentralização das ações e serviços de saúde (redistribuição do poder) e outros. Nesse contexto, cabe destacar as modificações no modelo de atenção à saúde, transcendem a lógica hospitalar, com enfoque curativo, para um modelo de atenção pautado na saúde da família, incluindo medidas promoção e prevenção de doenças, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Tais fatores causaram o aumento significativo de responsabilidades da gestão municipal, em consequência, a necessidade de tomar decisões éticas.

O desdobramento desse estudo propiciou o alcance do objetivo proposto: analisar os problemas éticos vivenciados por coordenadores no âmbito do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde, a partir dos valores atribuídos pelos envolvidos.

A construção do fenômeno central da pesquisa intitulado “Vivência de problemas éticos no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS)”, acarretou a identificação de problemas nas relações com os usuários, com os profissionais da UBS, com os profissionais da gestão central e na gestão dos serviços. Isto confirma a necessidade do debate ético no campo da gestão dos serviços de saúde.

Os problemas éticos atinentes ao gerenciamento dos serviços de saúde sobressaem na vivência de problemas dos coordenadores de UBS, ao mesmo tempo denotam a falta de governabilidade, por não ser alvo da tomada de decisão. Isso difere das relações pessoais, nas quais os profissionais apresentam determinadas intervenções para resolução desses problemas, seja na relação com as equipes de saúde ou com usuário do sistema.

Os problemas éticos vivenciados pelos coordenadores de UBS nem sempre são declarados com convicção, na maioria das situações são apresentados apenas como problemas do cotidiano profissional, sendo naturalizados, isso dificulta sua percepção e resulta em um distanciamento da dimensão ética desses problemas, essa afirmativa corrobora outras pesquisas. As características peculiares da APS, como a inserção dos serviços no território, que coincidem com o local de residência dos profissionais e intensificam os aspectos relacionais, a aproximação dos usuários e frequência com que utilizam o serviço de saúde, e consequentemente os vínculos afetivos estabelecidos nesse cenário. Tais fatores dificultam a percepção e manejo de problemas éticos.

Embora esta pesquisa tenha sido realizada em municípios de pequeno, médio e grande porte, com vista a conhecer a atuação do coordenador frente às diferentes questões relacionadas ao modo de gestão, aporte financeiro, perfil populacional etc. Observou-se que apesar da existência de especificidades delimitadas por níveis socioeconômicas e culturais, a maioria dos problemas éticos elencados apresentou certa homogeneidade, ainda que sob intensidades diferentes em decorrências desses fatores.

A tomada de decisão do coordenador de UBS frente ao problema ético perpetua-se na medição de conflitos, com predominância do diálogo. Outros meios são utilizados e causam maior repercussão na vida profissional, como advertências e transferências do local de trabalho, porém são praticadas de maneira cautelosa. Ainda que haja o diálogo, a decisão do coordenado parece ocorrer individualmente. O coordenador de UBS é a referência para resolução de conflitos na UBS e suas decisões incidem sobre diversos atores. O papel deste profissional na administração pública dos serviços de saúde está atrelada a reponsabilidade social do seu cargo, e necessita estar pautada em princípios éticos.

De modo geral, os coordenadores de UBS realizam reuniões de planejamento junto às equipes, inclusive são predeterminados horários mensais, quinzenais e semanais, conforme as normas institucionais para que reuniões aconteçam, porém nem sempre são produtivas. São escassos os espaços para construção coletiva de tomadas de decisão. A gestão participativa e a cogestão mostram-se imprescindíveis para o gerenciamento dos serviços e influi diretamente gestão local. O coordenador de UBS faz a ponte entre a gestão central municipal, os profissionais de saúde e a população, sendo o principal interlocutor de políticas públicas advindas da gestão municipal de outras esferas de governo. A partir disso, constroem-se espaços coletivos para aplicação das políticas, definição de estratégias e tomada de decisão.

Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para o reconhecimento e enfrentamento de problemas éticos vivenciados por coordenadores de UBS, por meio da sensibilização de questões éticas que permeiam o cotidiano de trabalho na APS.

As decisões eticamente responsáveis envolvem a racionalidade prudente que permeia as decisões morais, sobretudo faz-se necessária a reflexão sobre dimensão da realidade de fatos, valores e deveres, para mensurar as consequências dos atos e possibilitar cursos de ação ponderados e responsáveis. Para tanto, é essencial que os coordenadores de UBS desenvolvam habilidades e competência ética. Nesse contexto, a deliberação ética, é o método apropriado para aumentar as percepções sobre os processos decisórios prudentemente.

Considera-se a importância dos currículos de graduação em saúde, elencarem estratégias de educação permanente e continuada ligadas à temática de mediação de conflitos

interpessoais, buscando auxiliar a minimizar os problemas éticos vivenciados pelos profissionais.

Contudo, ressalta-se nessa pesquisa as ameaças representadas pelo subfinanciamento do SUS e o atual desfinanciamento da saúde com a Emenda Constitucional 95/2016, que intensificam os problemas éticos sobretudo pela falta de condições de trabalho e de oferta de serviços de saúde condizentes com a realidade das necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.41, p. 835-840. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v41nspe/v41nspea16.pdf> Acesso em: 20 nov. 2018.

ANDRÉ, A. M., CIAMPONE, M. H. T., SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.47, n.1, p. 158-163, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100020 Acesso em: 22 nov. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 13-20.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> Acesso em: 20 dez 2018

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). **Histórico de implantação de equipes**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_pagamento_sf.php Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf Acesso em: 30 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: cartilhas da Política Nacional de Humanização.

Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf Acesso em: 30 de abr. 2019

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html#> Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em:

http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf Acesso em: 16 dez 2018.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 02 nov. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.023, de 23 de setembro de 2004.** Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2023_23_09_2004.html Acesso em: Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html Acesso em: 20 dez. 2018.

CALVO, M. C. M. *et al.* Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p.767-776, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf> Acesso em: 15 out. 2018.

CAMPOS, G. W. S. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 983-995, ago. 2014.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000500983&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 24 fev. 2019.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 04, p. 1155-1164, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401155&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 05 de mai. 2019.

CARVALHO, B. G. *et al.* Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.48, p. 907-914, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000500907&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 09 jan. 2019.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública**. 2.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta de estabelecimentos: identificação**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp> Acesso em: 22 nov. 2018.

CORTINA, A. La ética aplicada. *In*: VICTORIA, C. **Breve historia de la ética**. 2 ed. Barcelona: RBA, 2013. p. 392-407.

CORTINA, A; MARTÍNEZ, E. **Ética**. 3ed. São Paulo: Loyola, 2010.

CORTINA, A. **O Fazer Ético**: guia para a educação moral. São Paulo: Moderna, 2003. p. 13-37.

FLEURY, S. Democracia, Poder Local e Inovação. *In*: FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2014. p. 25-80.

FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Saúde Coletiva**: entre o individual e o coletivo. *In*: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). **Bioética e Saúde Pública**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2009. p. 11-24.

GARRAFA, V. Bioética. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 741-757.

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

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 8, p.2591-2600, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802591&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 20 jun. 2019

GRACIA, D. La deliberación como método de la bioética. *In*: PORTO, D. *et al.* (org.). **Bioética**: saúde, pesquisa, educação. Vol. 2. Brasília: CFM/SBB, 2014. p. 225-261.

HELLMANN, F; VERDI, M. Bioética social: Reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. *In*: HELLMANN, F. *et al.* (org.). **Bioética e Saúde Coletiva**: Perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis: DIOESC, 2012. p. 52-64.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama do Estado de Santa Catarina**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama> Acesso em: 17 fev. 2019.

JUNGES, J. R. *et al.* Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev Bioét**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.97-105, 2012. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/649 Acesso em: 28 jun. 2018.

LOCH, S.; CUNHA, C. J. C. A. Gerenciamento de unidades de saúde. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 322-329.

LORENZETTI, J. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, vol. 21 n. 2, 2012. p. 432-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023 Acesso em: 8 jun. 2019.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed., São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MOLINA, L. R. **Problemas éticos vivenciados por farmacêuticos na atenção básica à saúde em um município do sul do Brasil**. 2016. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2016.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão Sistemática. **Rev Saúde Pública**, São Leopoldo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf> Acesso em: 28 de abr. 2019.

NORA, C. R.D.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, São Paulo, v. 36, n. 1, p.112-121, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/48809> Acesso em: 29 jun. 2018.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, CV. O Sistemas Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 365-393.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **Número especial de atenção primária à saúde no Brasil: a 40 anos de Alma-Ata**. EUA: 2018a. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49643> Acesso em: 08 mar. 2019.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **30 anos de SUS: OPAS/OMS lança publicação sobre experiências acumuladas em sua história de cooperação técnica com Brasil**. Brasília: 2018b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5782:30-anos-

[de-sus-opas-oms-lanca-publicacao-sobre-experiencias-acumuladas-em-sua-historia-de-cooperacao-tecnica-com-brasil&Itemid=843](#) Acesso em: 30 out. 2018.

OUVERNEY, A. M. A Construção da Municipalização da Saúde: estratégias normativas. *In: FLEURY, S. Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2014. p. 81-120.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Salvador, p.11-31, jan. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso em: 25 jun. 2018.

POSE, C. **Bioética de la responsabilidad**: De Diego Gracia a Xavier Zubiri. Madrid: Triacastela, 2011.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 195/CIB/2018, de 13 de agosto de 2018**. Aprova a Definição da nova composição das macrorregiões de Saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2018-cib?limit=20&limitstart=120> Acesso em: 10 dez. 2018.

SANTA CATARINA. Superintendência de Planejamento e Gestão. **Plano Diretor de Regionalização**. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-diretor-de-regionalizacao/14617-plano-diretor-de-regionalizacao-2018/file> Acesso em: 01 dez. 2018.

SIQUEIRA-BATISTA, R. *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc. São Paulo**, Viçosa, v. 24, n. 1, p.113-128, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100113&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 jun. 2018.

SIMAS, K. B. F. *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1481-1490, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501481&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 25 jun. 2018.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf> Acesso em: 20 jun. 2018.

TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 10-15, mar. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v44n1/v44n1a03.pdf> Acesso em: 20 fev. 2018.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio

de Janeiro, v. 15, n. 3, p.725-744, dez. 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0725.pdf> Acesso em: 10 fev. 2018.

VÁZQUEZ, A. S. **Ética**. 37ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017. p. 13-34.

VERDI, M. A cogestão e a inclusão na formação de apoiadores da Política Nacional de Humanização nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 50-58, 2014. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000200007
Acesso em: 30 de abr. 2019.

VIDAL, Selma Vaz *et al.* Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. bioét.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.347-357, ago. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/17.pdf> Acesso em: 20 jul. 2018.

ZOBOLI, E. L. C. P. A aplicação da deliberação moral na pesquisa empírica em bioética. **Revista Ibero-americana de Bioética**, n. 2, p. 01-19, jun. 2016. Disponível em:
<https://revistas.upcomillas.es/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7348/7193> Acesso em: 12 out. 2018.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Bioética e Atenção Básica**: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família. Tese (Doutorado) - Departamento de Prática em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseElmaLourdes.pdf>
Acesso em: 28 jan. 2018.

ZOBOLI, E. L. C. P. Tomada de decisão em Bioética Clínica. *In*: SIQUEIRA, J. E. *et al.* (org.). **Bioética clínica**: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética. Brasília: CFM/SBB, 2016. p. 149-174.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1690-1699, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/28.pdf> Acesso em: 27 jun. 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Implicações éticas no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região da Grande Florianópolis, que será realizada pela mestranda Vanessa Maria Vieira e orientada pelo prof. Dr. Fernando Hellmann, ambos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina/Florianópolis. Objetivos: compreender as implicações éticas no processo de trabalho de coordenadores/gerentes no âmbito da gestão de unidades básicas de saúde localizadas na Região de Saúde da Grande Florianópolis. Identificar os problemas éticos vivenciados por gerentes/coordenadores de Unidades Básica de Saúde no cotidiano profissional e investigar o processo de tomada de decisão dos gerentes/coordenadores frente aos problemas éticos na Atenção Primária à Saúde. Metodologia: pesquisa de abordagem qualitativa caracterizada como ética descritiva segundo seus fins e como pesquisa de campo segundo os seus meios. A coleta de dados será desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada de modo individual. Estima-se que a duração média de 30 minutos, sendo o local e horário previamente agendado, atendendo a necessidade de cada participante. Posteriormente as conversas serão gravadas e armazenadas em um dispositivo eletrônico de áudio, conforme autorização prévia dos participantes. Em tempo oportuno as gravações serão transcritas na íntegra e inseridas no programa Atlas.ti® 8.0. Para a fase destinada à análise e compressão dos dados obtidos na coleta, será utilizado o método Análise de Conteúdo de Bardin, delimitado pela técnica de análise categorial temática. O balanço de riscos versus benefícios: riscos - entendemos que a pesquisa com seres humanos pode envolver diferentes tipos de risco e/ou formas de graduação variadas, conforme mostra a Resolução CNS 466/12. Esta pesquisa presume riscos mínimos que podem ocorrer pelo desconforto dos participantes em expressar ideias ou simplesmente pelo constrangimento gerado diante de sua participação na entrevista. Há ainda o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder aos questionamentos, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias relativas aos problemas éticos vivenciados. É garantido o sigilo das informações obtidas nesse processo de pesquisa, no qual assumimos a responsabilidade e o compromisso, embora o risco de quebra de sigilo sempre exista, ainda que de maneira remota, involuntária e não-intencional dos pesquisadores. Embora os pesquisadores não consigam apontar outros riscos, caso seja identificado, estes serão controlados. Benefícios: compreendemos que não existe benefícios diretos, entretanto, consideramos que um dos possíveis benefícios aos participantes da pesquisa seja a autorreflexão sobre suas ações envoltas ao campo de trabalho. Acreditamos que o processo de reflexão sobre

as próprias práticas colabora para melhor qualificá-las. Os resultados da pesquisa serão enviados para todos os entrevistados que assim desejarem, e permitirá conhecer os problemas éticos que permeiam o seu trabalho na gestão das Unidades Básicas de Saúde. Almeja-se que os resultados apontados na pesquisa possam contribuir para melhoria do processo de trabalho.

Garantia de esclarecimento, liberdades de recusa e garantia de sigilo: você poderá solicitar esclarecimento relacionados ao estudo em qualquer etapa da pesquisa. Será livre para desistir em participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa, sem necessidade de justificativas. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar penalidade alguma. Os pesquisadores garantem que será preservada sua identidade e que o sigilo será mantido. Diante do surgimento de publicações concernentes a este estudo, você receberá este material e não será identificado(a) em nenhuma deles. Custos da participação, ressarcimento e indenização: a participação na pesquisa não dependerá de custos para você, assim como, não será destinada nenhuma compensação financeira. Caso ocorra algum custo de sua participação no estudo, por favor, comunique aos pesquisadores, para que possam efetuar o ressarcimento dele. Caso você sinta constrangimento ou dano psicológico, poderá entrar em contato com os pesquisadores que dará apoio necessário e fará os encaminhamentos oportunos, sem custo para você ou para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois estes serão custeados pelos próprios pesquisadores. É garantida ao participante a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. No caso de acontecer alguma despesa extraordinária relacionada à pesquisa, você será ressarcido em concordância com a legislação em vigor e amplamente consubstanciada.

Eu, _____

RG: _____

E-mail: _____

Fui informado(a) sobre o teor do projeto e dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que receberei uma cópia deste Termo e outra ficará em posse dos pesquisadores. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou retirar meu consentimento. Os pesquisadores me garantem plena liberdade ao participar da pesquisa ou de recusar-me a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Os responsáveis pela pesquisa certificaram-me de que todos os meus dados serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores responsáveis Fernando Hellmann, pelo telefone (xx) xxxxxxxxx, e-mail

hellmann.fernando@gmail.com e Vanessa Maria Vieira, pelo telefone: (xx) xxxxxxxxxx, e-mail vanessa_vieiras@hotmail, ou pessoalmente na sala 132 do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, ou ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (48) 3721-6094. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Assinatura do participante: _____

Florianópolis - SC, _____ / _____ / _____

Assinatura dos pesquisadores:

Fernando Hellmann

Vanessa Maria Vieira

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada

ENTREVISTA nº: _____

PARTE I– PERFIL DO ENTREVISTADO**1. Informações gerais:**

Gênero:

Idade:

Formação profissional:

Tempo de formação profissional:

Possui pós-graduação? () não () sim. Cite o tipo e a área:

Tempo de experiência na gerência de Unidade Básica de Saúde:

Tempo de experiência na Atenção Primária à Saúde:

Vínculo: () estatutário () contrato de trabalho. Cite a carga horário semanal de trabalho:

Possui outro vínculo: () não () sim. Qual? Cite a carga horário semanal de trabalho:

2. Informações complementares

- O que levou você a assumir o cargo de gerente/coordenador de UBS? Desempenha outro cargo na UBS?

- Conte-me como você se preparou para exercer esta função?

- Em que medida essa capacitação contribuiu para o seu trabalho como gerente/coordenador?

- Como realiza o planejamento de ações e serviços?

- Como realiza a reunião com as equipes da Unidade Básica de Saúde?

PARTE II - PERGUNTAS NORTEADORAS⁵

- Em relação a sua rotina de trabalho, relate acontecimentos que geraram dúvidas ou dificuldades para a tomada de decisão (incluindo sentimentos que provocaram algum desconforto), envolvendo o gestor municipal ou as equipes de saúde, ou de modo geral a organização/sistema de serviço de saúde.

- Dentre as questões relatadas, quais situações você considera como possíveis problemas éticos no seu cotidiano profissional?

- Como você costuma enfrentar ou que estratégias utiliza na tentativa de resolver esses problemas?

- Poderia explicar como esses fatores influenciam e /ou os possíveis impactos desses problemas no seu processo de trabalho?

⁵ Adaptada de MOLINA, L. R. Problemas éticos vivenciados por farmacêuticos na atenção básica à saúde em um município do sul do Brasil. 2016. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, 2016.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Fernando Hellmann

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09138919.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.221.343

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado, "IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS", apresenta uma abordagem qualitativa caracterizada como ética descritiva segundo seus fins e como pesquisa de campo segundo os seus meios. O problema da presente pesquisa é responder a seguinte indagação: Quais problemas éticos podem ser identificados no processo de trabalho de gerentes/coordenadores no âmbito da gerência de UBS e como ocorre a tomada de decisão frente a estes problemas? A coleta de dados será desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada de modo individual. Estima-se que a duração média de 30 minutos, sendo o local e horário previamente agendado, atendendo a necessidade de cada participante. As conversas serão gravadas e armazenadas em um dispositivo eletrônico de áudio, conforme autorização prévia dos participantes. As gravações serão transcritas na íntegra e inseridas no programa Atlas.ti® 8.0. Para a fase destinada à análise e compressão dos dados obtidos na coleta, será utilizado o método Análise de Conteúdo de Bardin, delimitado pela técnica de análise categorial temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os problemas éticos vivenciados por gerentes/coordenadores no âmbito do gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde da Região de Saúde da Grande Florianópolis.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.221.343

Objetivo Secundário:

- Identificar os problemas éticos vivenciados por gerentes/coordenadores de Unidades Básicas de Saúde no cotidiano profissional;
- Identificar como ocorre a tomada de decisão frente aos problemas éticos no âmbito do gerenciamento de UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Em concordância com a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), está explícito nesta pesquisa o compromisso em cumprir os preceitos éticos e científicos envolvendo o estudo com seres humanos, considerando o respeito à dignidade, liberdade, autonomia e proteção de cada indivíduo. Para tanto, o projeto obteve a autorização da Coordenadoria de Serviços Descentralizados da Grande Florianópolis, subordinada à Superintendência de Planejamento e Gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), para realização da pesquisa.

Contudo, somente será aplicado após a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para devida aprovação.

Riscos: Entendemos que a pesquisa com seres humanos pode envolver diferentes tipos de risco e/ou formas de graduação variadas, conforme mostra a Resolução CNS 466/12 e 510/2016. Esta pesquisa presume riscos mínimos que podem ocorrer pelo desconforto dos participantes em expressar ideias e vivências ou simplesmente pelo constrangimento gerado diante de sua participação na entrevista. Há ainda o risco de cansaço ou aborrecimento ao responder aos questionamentos, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias relativas aos problemas éticos vivenciados. É garantido o sigilo das informações obtidas nesse processo de pesquisa, no qual assumimos a responsabilidade e o compromisso, embora o risco de quebra de sigilo sempre exista, ainda que de maneira remota, involuntária e não-intencional dos pesquisadores. Embora os pesquisadores não consigam apontar outros riscos, caso seja identificado, estes serão controlados.

Benefícios:

Compreendemos que não existe benefícios diretos, entretanto, consideramos que um dos possíveis benefícios aos participantes da pesquisa seja a autorreflexão sobre suas ações envolvidas ao campo de trabalho. Acreditamos que o processo de reflexão sobre as próprias práticas colabora para melhor qualificá-las. Os resultados da pesquisa serão enviados para todos os entrevistados.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.221.343

que assim desejarem, e permitirá conhecer os problemas éticos que permeiam o seu trabalho na gestão das Unidades Básicas de Saúde. Almeja-se que os resultados apontados na pesquisa possam contribuir para melhoria do processo de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta clareza, fundamentação bibliográfica, objetividade e uma vez obtido os dados conclusivos possibilitará ações que trarão benefícios aos participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações ou impedimentos a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1310026.pdf	07/03/2019 11:40:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.docx	07/03/2019 11:39:57	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.docx	07/03/2019 11:35:45	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	07/03/2019 11:35:05	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVanessa.doc	07/03/2019 11:34:51	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Vanessa_Fernando.pdf	07/03/2019 11:34:38	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.221.343

Orçamento	Orcamento.docx	07/03/2019 11:34:22	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoAssunsaoCorresponsabilidade eCoordenadoraGrandeFpolis.pdf	07/03/2019 11:34:10	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	07/03/2019 11:33:50	VANESSA MARIA VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 25 de Março de 2019

Assinado por:
Marta Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO B – Declaração de autorização e assunção da corresponsabilização da
Coordenadoria de serviços descentralizados da Região de Saúde da Grande
Florianópolis – Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS – Secretaria de
Estado da Saúde – Governo de Santa Catarina**



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DESCENTRALIZADOS DA REGIÃO DE SAÚDE GRANDE FPOLIS

Autorização de realização e assunção da corresponsabilidade

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento da pesquisa "IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA GESTÃO DE UNIDADES BÁSICAS DA REGIÃO DE SAÚDE DA GRANDE FLORIANÓPOLIS", sob responsabilidade da mestrandia Vanessa Maria Vieira e de seu orientador Prof. Dr. Fernando Hellmann, ambos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina/Campus Florianópolis. Eu, como Coordenadora da Coordenadoria de Serviços Descentralizados da Região de Saúde da Grande Florianópolis, da Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, autorizo a sua execução e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, bem como a Resolução CNS Nº 510, de 07 de abril de 2016 e complementares. Ainda, conforme Carta Nº 0212/CONEP/CNS, de 21 de outubro de 2010 e como instituição coparticipante, declaro: o conhecimento e cumprimento as normas éticas vigentes no Brasil; a garantia de infraestrutura para a realização da pesquisa; que a pesquisa só ocorrerá após leitura e a concordância com o parecer ético da instituição proponente; a autorização de sua realização e assunção da corresponsabilidade da pesquisa.

Florianópolis-SC, 19 de novembro de 2018.

Mychelle Melo Cardoso
Matriculada: 656733901

Mychelle Melo Cardoso
Coordenadora
Coordenadoria de Serviços
Descentralizados - Região de
Saúde GranFpolis / SuG - SES

Coordenadora da Coordenadoria de Serviços Descentralizados da
Região de Saúde da Grande Florianópolis
Superintendência de Planejamento e Gestão do SUS/SES-SC

ANEXO C – Declaração de autorização da pesquisa da Comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 35/SMS/GAB/ESP/2019

Florianópolis, 06 de Maio de 2019.

Prezado,

Informamos que a Pesquisa intitulada “**IMPLICAÇÕES ÉTICAS NO GERENCIAMENTO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**” do pesquisador responsável VANESSA VIEIRA, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária e está autorizada para execução (entrevistas com os coordenadores) nos centros de saúde: Saco Grande, Trindade, Saco Limões, Jardim Atlântico, Estreito, Ca’poeiras, Jurerê, Santo Antônio, Canasvieiras e Rio Tavares.

A pesquisadora deve entrar em contato com as coordenações dos referidos locais para combinar a melhor forma de iniciar a coleta de dados, sempre **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa**.

O período autorizado para coleta de dados é de **08/05/2019 a 08/11/2019**, caso seja necessária a **prorrogação do prazo de coleta**, a pesquisadora deve entrar em contato com a comissão de pesquisa.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com. Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matricula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
VANESSA VIEIRA
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: espfloripa@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

ANEXO D - Declaração de autorização da pesquisa do Núcleo de educação permanente em saúde da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura Municipal de São José



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, Secretaria de Saúde de São José, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **IMPLICAÇÕES ÉTICAS NO GERENCIAMENTO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA REGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Fernando Hellmann e Vanessa Maria Vieira, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São José, 26 de abril de 2019.

Bruna Telemberg Sell
BRUNA TELEMBERG SELL
COORDENADORA

Bruna Telemberg Sell

Coordenadora NEPS/SMS/PMSJ

Recebido em 26/04/19
Gabinete do Secretário
Secretaria de Saúde
Carmela

Sinara Regina Landt Simioni

Sinara Regina Landt Simioni

Secretária de Saúde de São José