

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS DE SISTEMAS  
E SERVIÇOS DE SAÚDE

FERNANDO VIVIAN

A GESTÃO DE MÉDICOS ATRAVÉS DE UM NÚCLEO  
GERENCIAL DE SAÚDE EM CAXIAS DO SUL

Lajeado, 2004

Sys: 429024  
GS 20041049

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
MONOGRAFIA

Fernando Vivian

A GESTÃO DE MÉDICOS ATRAVÉS DE UM NÚCLEO  
GERENCIAL DE SAÚDE EM CAXIAS DO SUL

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Lajeado, 2004

## DEDICATÓRIA

... à você, meu avô querido, que me esperava com o  
chimarrão pronto, na volta das aulas, nos sábados à tarde.

... à você, meu avô querido, que me apanhava laranjas e contava  
histórias naqueles sábados.

... à você, meu avô querido, que sempre torceu por mim, que tanto me  
incentivou, e que tornava mais leves as minhas viagens para fazer este curso.

... ao meu querido avô, Arno de Vargas, que foi-se embora num daqueles sábados ...

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Ronaldo Bordin, pelo tempo dedicado a ler meus e-mails, dando idéias, corrigindo equívocos, e por ter sido um orientador disponível, gentil e compreensivo. Seu conhecimento foi fundamental para a execução deste trabalho.

À Dra Fernanda Santos Grossi, que assistia minhas pacientes nos finais-de-semana de aula em Lajeado. A confiança que nela deposito e a amizade que temos foi o que permitiu tantos afastamentos de Caxias.

Ao Constantin, pela paciência. Muita paciência.

A Galdino e Eunici Vivian, o começo de tudo.

Ao Noir, motorista da van, por nos levar e trazer em segurança e aumentar o volume do rádio nos dias de jogo.

Ao Valter Medeiros e ao Ricardo Zordan pela ajuda na construção de gráficos e formatação do trabalho.

Aos médicos que participaram da pesquisa.

## RESUMO

O presente trabalho consiste na identificação da capacidade de um Núcleo Gerencial em um sistema público de saúde gerar mudanças na forma da atenção e da assistência médica. Pesquisou-se a existência de fatores consistentes que possam proporcionar a inclusão dos profissionais médicos em um modelo assistencial mais humano e mais comprometido, transcendendo os antigos modelos que se conhecia no acompanhamento da saúde das coletividades. Foram empregados vários métodos de coleta de dados, sob um prisma quali-quantitativo, como entrevistas em grupo monitoradas (grupo focal), aplicação de questionário em escala de Lickert e entrevistas individuais, num processo de triangulação. Através de um cálculo de médias e de frequência de respostas pôde-se analisar os dados quantitativamente e junto às opiniões dos profissionais. Observou-se a aceitação dos profissionais em ter um Núcleo Gerencial específico da área em que atuam, e o quanto vinculam a coordenação a um representante da categoria. Constatou-se ainda a importância da atualização técnica e a positividade da apresentação de indicadores de produtividade individuais e gerais como motivadores no processo de trabalho. Muito embora os sistemas públicos de saúde estejam vinculados a mudanças políticas sazonais, o comprometimento político do Núcleo Gerencial pode ser um viés negativo quanto ao seu reconhecimento técnico. Percebe-se que a mudança de conceitos entre os médicos é factível e sua adesão a um modelo assistencial mais humanizado é possível quando o gerenciamento adequado existir.

Unitermos: Gestão em Saúde; Políticas de Saúde; Administração e Planejamento em Saúde; Sistema de Saúde.

## SUMÁRIO

### LISTA DE FIGURAS

### LISTA DE SIGLAS

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	11
2.1	REVISÃO PRELIMINAR DA LITERATURA.....	13
<b>3</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	16
3.1	OBJETIVO GERAL.....	16
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	17
4.1	GRUPO FOCAL.....	18
4.2	QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO.....	18
4.3	ENTREVISTAS INFORMAIS.....	19
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	19
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	21
5.1	A GESTÃO DE EQUIPES MÉDICAS.....	21
5.1.1	A Inserção do Médico no Processo de Trabalho.....	22
5.1.2	O Médico Gerenciado por Médico.....	23
5.1.3	O Núcleo como Instrumento de Controle.....	24
5.2	A GESTÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	26
5.3	A PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS ENTRE OS MÉDICOS.....	27
5.4	CARACTERÍSTICAS GERENCIAIS ENVOLVIDAS NO PROCESSO.....	29
5.4.1	Estratégias para Mudanças.....	30
5.5	SÍNTESE DOS ACHADOS.....	30
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	34
<b>7</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	36

<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GINECOLOGISTAS QUE TRABALHAM NA REDE ASSISTENCIAL DE UNIDADES BÁSICAS DO SUS EM CAXIAS DO SUL.....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXO C – TABELA 1.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXO D – TABELA 2.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO E – TABELA 3.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO F – GRÁFICO DAS MÉDIAS DAS RESPOSTAS.....</b>	<b>48</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Critérios de pontuação para as respostas do questionário individual.....	20
Figura 2	Médias das questões gerenciais do NSM.....	21
Figura 3	Médias das questões relativas à visão de mudanças na atenção.....	22
Figura 4	Médias das questões relativas ao gerenciamento feito por médico.....	24
Figura 5	Médias relativas ao comprometimento e à motivação.....	26
Figura 6	Médias das questões relativas às reuniões técnicas.....	27
Figura 7	Médias das questões relativas ao Protocolo.....	28
Figura 8	Médias relativas ao vínculo profissional do servidor.....	29
Figura 9	Médias relativas ao respaldo gerencial <i>versus</i> vínculo político.....	30

## **LISTA DE SIGLAS**

CC – cargo de confiança

CP – exame citopatológico do colo uterino

NSM – Núcleo de Saúde da Mulher

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha do problema de pesquisa baseia-se na observação de mudanças no comportamento dos médicos ginecologistas que atendem a população de usuários do SUS de Caxias do Sul, considerando-se fatores como coleta de citopatológico do colo uterino (CP), preenchimento de Cartão de Gestante, número de consultas de pré-natal, além da percepção da mudança da opinião pública sobre os atendimentos, como observado nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde<sup>1</sup> e nas opiniões dos Gerentes de Territórios<sup>2</sup>. Várias estratégias vêm sendo empregadas para incrementar o comprometimento do médico com o projeto terapêutico, paradoxalmente num sistema que procura evoluir do antigo modelo médico-centrado para uma visão mais holística e multidisciplinar, passando por processos de acolhimento, identificação de riscos, envolvimento e comprometimento das equipes básicas de saúde como um todo.

Dentro desse processo, e não menos importantes, encontram-se os médicos ginecologistas, uma população de servidores concursados e estáveis, com interesses os mais variados e com formações pessoais e culturais igualmente diversificadas. Numa configuração organizacional do tipo “burocracia profissional”, teorizada por Mintzberg como uma estrutura onde há uma padronização do conhecimento e da habilidade, o nível operacional tem papel fundamental na execução das tarefas e, por ser o dominador do conhecimento, tem um poder decisório muito grande. Ser o gestor de uma estrutura assim configurada torna-se extremamente desafiador quando se tenta implantar ações que perpassem pela mudança de atividades técnicas, sem comprometer a qualidade do efeito, mas mudando conceitos já instalados.

Revisando-se os gráficos de produtividade, percebeu-se que as coletas de CP vinham aumentando numa razão significativa, e as conversas com os gerentes de território confirmavam um maior empenho dos ginecologistas em melhorarem esses números. Com um crescimento populacional em torno de 1,078% ao ano (IBGE, 2004), as coletas cresceram em

---

<sup>1</sup> Os Conselhos Locais de Saúde surgiram por uma resolução do Conselho Municipal, homologada pelo Prefeito Municipal em 23 de novembro de 1999; atualmente são 15 e agrupam comunidades de bairros vizinhos entre si.

<sup>2</sup> A figura do Gerente de Território veio substituir os antigos Chefes de Posto de Saúde, e funcionam como uma extensão da gestão central da Secretaria da Saúde. Abrangem em média três Unidades Básicas, agrupadas regionalmente por proximidade geográfica.

quase 50% em dois anos, estatisticamente superando o incremento da população feminina e efetivamente aumentando a cobertura do exame.

Por um período de tempo, as carteiras de pré-natal mal preenchidas e aquelas onde os exames preconizados não estavam registrados foram fotocopiadas e encaminhadas ao Núcleo de Saúde da Mulher (NSM). Percebeu-se que se tratava de um número muito menor que em anos anteriores, e, em discussão com médicos plantonistas das duas maternidades que atendem usuárias do SUS em Caxias do Sul, estes também observaram a melhora da assistência pré-natal, não só no registro das carteiras mas também no número de consultas que as gestantes realizaram durante a gravidez. Igualmente os exames de rotina estavam sendo solicitados em tempo hábil e registrados nas carteiras de gestantes. Nas reuniões técnicas e capacitações também se percebiam mudanças no discurso da responsabilidade sobre a saúde coletiva, sobremaneira entre os médicos.

O processo de modificação de comportamento e o reconhecimento do verdadeiro papel de cada ginecologista da rede básica de saúde de Caxias do Sul, as mudanças dos antigos paradigmas e o processo de gestão que proporcionou estas mudanças é o que passa a ser o objeto deste estudo.

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A gestão de uma organização de saúde vem sendo foco de vários estudos, uma vez que nestas, as particularidades requeridas para o sucesso e o bom desempenho administrativos solicitam domínio de conhecimentos muito particulares. A mesclagem das informações a respeito destas organizações às práticas administrativas consagradas, e ainda às mudanças que o sistema público de saúde vem apresentando é uma das bases para a formação de bons gestores.

O conceito de gestor parece abrandar a referência administrativa de chefia, de hierarquia, todavia sem diminuir a importância de seu papel. Ou seja, a administração não é nem um privilégio exclusivo nem encargo pessoal do chefe ou dos dirigentes da empresa; é uma função que se reparte como as outras funções essenciais, entre as cabeças e os membros do corpo social (FAYOL, 1994).

O desempenho da função de gestor dá-se com maior ou menor sucesso quando sua capacidade administrativa é superior ao conjunto de adversidades, conhecidas ou não, que surgem em função do tempo. Superar essas adversidades é uma arte trabalhada com habilidades várias, adaptando-se continuamente às mudanças que ocorrem nas organizações, sejam de forma lenta ou agudas.

As organizações que trabalham com sistemas de saúde são desafiadas continuamente. O mercado de usuários torna-se exigente, como um processo global de reconhecimento e exigência de qualidade, nem sempre mensurável quantitativamente. Aplicar o conhecimento gerencial na saúde requer adaptações, e trabalhar as necessidades populacionais necessita o envolvimento social nas decisões, especialmente nos sistemas públicos de saúde. Nestes, a heterogeneidade de (in)formações pessoais, as diferenças políticas de interesses e a influência cultural individual precisam ser considerados, visando a qualidade do serviço para as necessidades populacionais momentâneas e prevendo necessidades futuras. Thomaz Wood Jr (2002, p. 17), comentando sobre a mudança organizacional, percebe que:

A dificuldade maior é construir um corpo coerente de idéias, diante de um universo teórico e prático multifacetado [...]; por outro lado, existe um constante movimento de retorno a conceitos antigos, não raro fundamentados nos clássicos da filosofia ou das ciências econômicas.

Independentemente do nível ou do tipo de decisão, uma vez que o gestor detém algum tipo de poder, é preciso identificar como ele é exercido, e se existe uma linguagem comum de comunicação. O comando deve soar familiar e claro ao comandado e também cabe ao gestor identificar o seu estilo e o de seus subordinados, respeitando os construtos mentais de sua equipe para obter uma linguagem comum no sistema. Quando se espera um resultado específico a uma solicitação, deve-se estar de acordo, principalmente, com o construto mental de um cliente, servidor ou funcionário, com a forma como ele quer ouvir ou receber o comando; reconhecer a forma pessoal de como se exerce o poder gerencial é fundamental ao gestor.

Desde 1997 o município de Caxias do Sul, situado na região da serra, nordeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), vem aplicando o conceito de abordagem do indivíduo por ciclos vitais, facilitando a compreensão das diferentes fases da vida do ser humano e particularizando o enfoque assistencial, haja vista as diferenças fisiológicas e de gênero em cada ciclo. Logicamente a estratégia tenta abordar de forma mais clara e objetiva o usuário do sistema de saúde, mas sem fragmentá-lo como partes diferentes de um todo: na verdade, cria paralelamente Núcleos de Ações específicos que planejam, monitoram, coordenam e avaliam as ações em saúde. São eles: Núcleo da Mulher, Núcleo da Criança, Núcleo do Adulto/Idoso, Núcleo de Saúde Mental e do Adolescente. Além destes núcleos estratégicos, trabalha com os Núcleos Matriciais, estes fazendo interface com os demais: Odontologia, Nutrição, Assistência Farmacêutica e o Controle Social. A maioria destes Núcleos modifica o conceito anterior de “Referências Técnicas”, onde profissionais de determinadas áreas prestavam uma assessoria do tipo consultoria especializada, respondendo ainda pelo planejamento das ações e determinando-as ao nível operacional, num clássico modelo piramidal de gestão. Sem correr o risco da *miopia departamental*, houve uma proposta de horizontalização das informações entre os Núcleos, dirimindo a necessidade de ascensão às chefias para compartilhamento de informações.

O Núcleo de Saúde da Mulher (NSM) foi organizado de fato em outubro de 2001, com sua equipe formada por um médico ginecologista e duas enfermeiras, com o intuito não de departamentalizar a saúde da mulher, mas democratizar as decisões entre os técnicos e tentar tornar as decisões mais colegiadas, mais democráticas, portanto. Desde o período de sua instalação, indicadores de saúde vêm sendo monitorados, e o planejamento das ações em saúde focaliza as áreas prioritárias e de maior risco.

Em uma observação subjetiva inicial, suspeita-se ter ocorrido um incremento no comprometimento dos ginecologistas com as equipes locais das Unidades Básicas de Saúde,

que pretende ser testado neste estudo. Houve realmente uma mudança comportamental dos ginecologistas? Se houve, que instrumentos proporcionaram estas mudanças? Há relação gerencial do Núcleo da Mulher com esses resultados? Para responder estas dúvidas, o problema de pesquisa originado foi:

“Que contribuições gerenciais o Núcleo de Saúde da Mulher de Caxias do Sul trouxe para o aumento do comprometimento dos médicos com o processo de trabalho?”

## 2.1 REVISÃO DA LITERATURA

José Rodrigues Filho (1994) salienta que nosso gerente de serviços de saúde, principalmente o médico, não recebe treinamento adequado para o exercício de função executiva; em geral, defendem mais o interesse profissional do que o interesse organizacional. Tal afirmação ratifica a necessidade de mudanças nas características organizacionais e na forma de gerenciamento dos médicos, que apresentam tipicamente uma rejeição ao controle de suas funções.

Max Weber (1992) classifica o poder em três tipos: o tradicional, onde se obedece porque sempre obedeceram; o carismático, que surge em situações de conflito, onde obedeço porque quero (poder informal do líder) e o burocrático, onde se obedece porque mandam. Através destes conceitos, fica a tarefa de associar o estilo do exercício de poder do gestor ao contexto cultural e mental de seus comandados. Quando o comando é exercido por um profissional médico, há um favorecimento da classe, que pode ser revertido positivamente no processo de gerar mudanças. Aproveitar o conhecimento dessa lógica pode ser favorável ao estilo gerencial de equipes médicas.

Quando se passa a estudar a configuração das organizações, Mintzberg (1995) identifica cinco diferentes formas de configurá-las, e as organizações de saúde são classicamente um modelo da Burocracia Profissional. Pela característica básica de haver uma padronização do conhecimento e das habilidades, no nível operacional cada profissional controla seu próprio trabalho, atuando como uma célula independente, com padrões originados fora da organização. Isso enfatiza o poder da perícia e reforça a autoridade profissional. O núcleo operacional constitui a força maior nessa estrutura, mas com assessoria de apoio muito significativa. Tem pouca necessidade de tecnoestrutura e de gerência intermediária; o próprio profissional detém o poder da complexidade de seu trabalho, superando o poder de cargo com o poder de sua perícia.

Isto não significa que o administrador desenvolva um papel passivo nesta estrutura, mas pelo contrário, requer a gerência sobre o desempenho técnico da área operacional, protegendo a autonomia e dando suporte à organização. Sendo uma estrutura “de baixo para cima”, o administrador não deve impor sua decisão, mas ser sutil e tentar uma estratégia pessoal para cada célula operacional .

Caplow (apud WOOD JR, 2002, p. 124) explica mais sobre a atividade gerencial e as mudanças que esta sofre com a aquisição de tempo e experiência, citando: “os comportamentos apropriados a uma posição organizacional não são adquiridos de uma vez e completamente, quando a posição é assumida, mas são aprendidos e reaprendidos durante o período de uma carreira”.

Implantar mudanças requer negociações entre todos os níveis da organização. No serviço de saúde, impor uma decisão aos médicos sem negociação poderia romper o processo da transição pela inabilidade de contemplar uma classe dominante no sistema. A confiança no gestor é igualmente importante. Melo (2003) reitera que o nível de confiança entre os negociadores determina a estratégia a empregar, e reforça o conceito de que baixa confiança gera competição enquanto um maior grau de confiabilidade proporciona um sistema de cooperação bem maior. Esse nível de confiança citado por Melo é diminuído nas relações de médicos com coordenações não-médicas.

Misoczky (2002), lembrando a cultura inamptiana antecessora, alerta para as necessárias mudanças no centralismo decisório, o que remete ao compartilhamento de idéias gerenciais principalmente com o nível operacional dos sistemas de saúde.

Essas mudanças são fundamentais para a adaptação dos sistemas de saúde em sua forma de gestão, não somente na estrutura gerencial, mas também (e principalmente) dentro de cada grupo operacional, mudando conceitos e transformando resultados, como salienta Wood Jr. (2002, p. 24): “muitos administradores começaram a perceber que não tinham feito o suficiente, que ainda era necessário mudar os valores comuns, os símbolos e as crenças do grupo, para que os resultados positivos aparecessem”.

Martinez e Gonçalves (2000) acreditam que a qualidade na atenção à saúde deve estar centrada na satisfação do usuário, e resulta de três fatores básicos: da qualidade do atendimento médico relativa ao conhecimento técnico e ao relacionamento humanizado, da qualidade dos produtos empregados na prevenção e terapêutica e da qualidade da infraestrutura em termos administrativos, financeiros e de organização. Apontam ainda que o monitoramento da qualidade serve tanto para identificar acertos e erros quanto para identificar novos rumos e estratégias, viabilizando as tomadas de decisão.

Relacionando a prática profissional e a ética, Mendes e Caldas Jr. (2001) observaram a influência da ideologia liberal sobre os profissionais, que propicia posicionamentos contrários ao SUS. Verificaram inclusive que “os profissionais não se vêem como sujeitos de um processo de mudanças, demonstrando sentirem-se excluídos do sistema”.

Vivian et al. (2003) perceberam que essa exclusão do sistema pode ser evitada através da informação da produção de cada equipe de saúde, cada Unidade Básica. Identificaram que no processo da construção de indicadores de saúde muitos profissionais desconheciam a finalidade desses dados; porém, ao receberem informações da existência e da importância desse controle, passaram a ter um entendimento da construção dos indicadores de saúde como fruto do trabalho desenvolvido por cada profissional, colocando-os como peça-chave de um processo de democratização da saúde.

É reconhecido que o profissional de saúde, em diversos momentos de sua carreira, estará no exercício da função de gestão no Sistema ou nos serviços de saúde (CECCIN, 2002, p. 19). Agregar o gestor aos profissionais e aos educadores é uma experiência positiva e inovadora no intuito de qualificar recursos humanos. Segundo este, essas inovações permitirão cumplicidade com o SUS e tornarão estes profissionais mais aptos a exercerem suas funções.

Assis et al. (1996) descrevem a possibilidade de repensar práticas sanitárias geridas por dirigentes comprometidos com a democratização da saúde para que ocorram mudanças significativas na prática.

Outros autores como Teixeira (1993), Furtado e Tanaka (1998), Cunha (2001), Higashi (2001) e Ferla e Fagundes (2002), apresentam estudos na questão da gestão estratégica de recursos humanos, narrando experiências e apontando tendências para os sistemas de saúde. Entretanto, a escassez de material teórico na gestão de equipes médicas e estratégias gerenciais que descrevam ações específicas sobre esta categoria profissional motivou a construção deste estudo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever a proposta gerencial do Núcleo de Saúde da Mulher e suas repercussões no município de Caxias do Sul.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar eventuais impactos na melhora da assistência ginecológica e obstétrica na rede básica de saúde de Caxias do Sul;

Identificar os fatores facilitadores e restritores à adesão dos médicos ao processo de trabalho proposto pelo NSM;

Identificar quais habilidades gerenciais foram significantes à estruturação do NSM e sua consolidação.

## 4 MÉTODOS

Para criar um instrumento de avaliação que pudesse quantificar as opiniões dos profissionais a serem consultados, foi utilizada a técnica de entrevistas em grupo monitoradas (ou grupo focal - *focus group research*). Através desta técnica realizou-se um debate em grupo, com uma amostra de oito ginecologistas que atuam na rede de saúde pública, cujas atividades são gerenciadas pelo NSM. O autor deste estudo fez o papel de moderador, apresentando os temas a serem abordados e controlando o tempo das discussões. A escolha dos profissionais foi de forma aleatória, fazendo-se contato telefônico para agendamento da reunião a partir de uma lista em ordem alfabética, alternando-se um do início e um do final da lista sucessivamente, e passando-se ao próximo quando o contato não era concretizado por alguma razão (indisponibilidade para atender a chamada, em atendimento ou procedimento médico ou mesmo incompatibilidade de horário).

As colocações, observações e constatações dos participantes geraram uma lista de asserções que foram agrupadas em um instrumento tipo questionário em escala de Lickert (ANEXO B) que foi então enviado aos vinte ginecologistas que atuam na rede, incluindo os participantes do grupo focal, e excluindo-se o autor.

Com o intuito de diminuir algum constrangimento, o autor utilizou duas estagiárias para distribuição e recolhimento dos questionários. Um contato telefônico inicial era feito por uma delas, explicando do que tratava a pesquisa, pedindo a participação espontânea na mesma. Dois médicos inicialmente negaram-se a receber o questionário, pois entenderam, pela coincidência do ano eleitoral, tratar-se de pesquisa política. Um contato telefônico direto do autor esclareceu o teor do trabalho e ambos concordaram com o projeto e responderam o mesmo.

Após o processo de coleta de dados via questionário, entrevistas informais foram realizadas com alguns profissionais, proporcionando um incremento à compreensão dos dados.

#### 4.1 GRUPO FOCAL

Inicialmente imaginado como de difícil execução em virtude da heterogeneidade de disponibilidades do público investigado, o debate em grupo monitorado foi peça-chave na execução da pesquisa. Muito embora divergências de opiniões fossem surgindo, essas diferenças acabaram gerando asserções antagônicas para o questionário, e todas as hipóteses foram consideradas. Houve, por exemplo, uma colocação a respeito das vantagens do servidor concursado e estável, que estaria mais comprometido com o processo de trabalho, discordado por alguns. Ambas situações foram lançadas no questionário.

Também uma opinião sobre o fato do coordenador do Núcleo não ter ligação partidária ou militância política foi apontado como um fator facilitador, e essas possibilidades foram testadas quanto ao consenso de opiniões a respeito dessas colocações.

O debate durou 1h 15min e foi registrado em vídeo-tape, com termo de conhecimento e consentimento assinado por todos os participantes (ANEXO A).

#### 4.2 QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Com o objetivo de referendar ou rechaçar as questões levantadas por seus pares na atenção à saúde, o questionário (ANEXO B), uma vez aplicado a todos os médicos ginecologistas da rede básica, proporcionou a ampliação de opiniões que um grupo de debate monitorado (*grupo focal*) não possibilitaria em virtude da limitação de participantes, inerente ao método. Considerando um universo pequeno a investigar, todos os médicos envolvidos com a assistência (à exceção do autor) puderam contribuir na quantificação das afirmações.

A inserção de assertivas antagônicas testava diretamente uma afirmação e uma negação (que, esta última confirmada, também anularia a primeira) proporcionando não somente discordar de uma opinião, mas confirmar sua opinião oposta. Apenas em uma situação isso não ficou claro. Nas questões “você sentiu-se mais *inserido* no processo de trabalho após a instalação do núcleo” e “você sentiu-se mais *afastado* do processo de trabalho” o entrevistado respondeu “concordo totalmente” nas duas hipóteses, o que suspeita-se de um erro de interpretação, talvez pelo fato dos entrevistados não terem recebido orientação direta do pesquisador.

#### 4.3 ENTREVISTAS INFORMAIS

Como complemento da pesquisa com o questionário, e para reforçar a compreensão de algumas respostas, três médicos foram questionados informalmente em ambiente extra-profissional, comentando-se alguns resultados preliminares da pesquisa.

Estas conversas, que não empregaram nenhum tipo de registro na sua execução, proporcionaram uma oportunidade de mais uma vez ouvir opiniões mais espontâneas sobre o gerenciamento do Núcleo. O próprio fato de o Núcleo estar interessado na identificação de características gerenciais positivas e negativas e na descrição de sua implantação foi visto como um dado novo no serviço público, acrescentando créditos informais ao modelo gerencial.

Conhecido na literatura como processo de triangulação, o acúmulo de informações obtido através de diferentes instrumentos é de supremo valor na pesquisa qualitativa, acrescentando novas perspectivas à compreensão do objeto de estudo. As entrevistas informais revelaram comentários bastante relevantes que foram somados aos resultados quantitativos.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

As opiniões surgidas no grupo focal foram classificadas e agrupadas conforme semelhanças gerenciais ou em duplas antagônicas. Das discussões que ocorreram foram geradas 23 asserções, todas baseadas nos depoimentos e nas opiniões dos participantes do grupo. Mesmo opiniões descartadas pelo grupo como tendo importância no tema desenvolvido foram testadas no questionário, inclusive para submetê-las à avaliação dos demais.

Essas asserções foram agrupadas em um questionário (ANEXO B) sem preocupação em aglutinar os assuntos, até mesmo para permitir uma nova avaliação sobre conceitos semelhantes. As respostas deveriam ser assinaladas conforme a melhor opinião que o entrevistado tinha daquela assertiva, classificando-a em: *concordo totalmente, concordo parcialmente, é indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente*.

Usando uma escala de pontuação (escala de Lickert), cada resposta recebeu um valor de 1 (um) a 5 (cinco), sendo que maior pontuação recebia a resposta de maior concordância, conforme Figura 1:

<i>Concordo totalmente</i>	<b>5 pontos</b>
<i>Concordo parcialmente</i>	<b>4 pontos</b>
<i>É indiferente</i>	<b>3 pontos</b>
<i>Discordo parcialmente</i>	<b>2 pontos</b>
<i>Discordo totalmente</i>	<b>1 ponto</b>

Figura 1: Critérios de pontuação para as respostas do questionário individual

As respostas foram somadas e, do total de pontos de cada assertiva do questionário, extraiu-se uma média aritmética. Como ponto de corte para considerar cada assertão validada pelo grupo, considerou-se a média mínima de 4 (quatro), ou seja, *concordo parcialmente*.

Os números absolutos de respostas de cada assertão estão agrupados na Tabela 1 (ANEXO C). As frequências de cada resposta estão demonstradas na Tabela 2 (ANEXO D) e a média de cada uma delas na Tabela 3 (ANEXO E).

Os depoimentos transcritos no texto só foram numerados com o objetivo de se identificar os diferentes interlocutores em uma determinada discussão. Quando em novas transcrições se repetem essas numerações, estas não necessariamente correspondem aos mesmos debatedores.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A GESTÃO DE EQUIPES MÉDICAS

Como o próprio desenvolvimento da pesquisa demonstrou, agregar profissionais médicos, com suas formações e interesses pessoais na intenção de desenvolver uma ação coletiva é particularmente desafiador. Dificuldades perpassam pela agenda pessoal de cada profissional, pelas expectativas que cada médico tem do seu trabalho e da contribuição pessoal que estão disponíveis a oferecer. Em saúde pública, construir e gerar sistemas de saúde para as coletividades necessita do apoio destes profissionais, que na sua grande maioria não tem dedicação exclusiva a este setor, mas, como na situação de Caxias do Sul, possuem atividade privada, que pode ser mais lucrativa ou deter maior interesse.

Liderar estas equipes transcende a necessidade técnica. Como explica Fayol (1994), a capacidade essencial dos grandes chefes é a capacidade administrativa, resultado de um conjunto de qualidades e conhecimentos. Médicos não reagem bem ao controle de suas funções. Suas habilidades técnicas dão-lhes autonomia celular dentro do sistema, mas não podem ser desconsiderados do todo.

Interessante fato é a média elevada (4,85) de respostas que confirmam haver “significância em existir um Núcleo Gerencial da área” (Fig. 2), mas uma média menor (3,8) em relação a “sentir-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo” (Fig. 3).

ASSERÇÕES	MÉDIA
O Núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	4,3
Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	4,85

Figura 2: Médias das questões gerenciais do NSM

### 5.1.1 A Inserção do Médico no Processo de Trabalho

Muito embora não tenha ocorrido confirmação de que o médico sente-se mais inserido em virtude da instalação do Núcleo (média inferior ao ponto de corte), a falha gerencial pode ser justamente no que tange à clareza dessa inserção, no quanto os atores envolvidos são conhecedores de que fazem parte do sistema. Em algumas falas da discussão em grupo, pode-se perceber a necessidade de se mostrar ao médico o seu papel e como ele está inserido em um processo, como nestas palavras de uma médica:

Isso que [...] tem feito lá no Núcleo, assim ó, o papel comportamental, que eu falo comportamental assim, ó, a discussão de saúde pública como um todo, que antes a gente era isolado na rede, tu era atirado na Unidade Básica pra atender, e faz como tu achar que tem que fazer. Tu tem lá um monte de gente pra atender e deu! O Núcleo não, o Núcleo mostra que tu tá contextualizado na Secretaria da Saúde, que tu faz parte de um sistema. Que tu tem equipe de socorro.

Para alguns esse papel é visível, mas o questionário individual nos mostrou o contrário.

Nota-se como o modelo assistencial antigo, médico-centrado, requeria assistência do profissional como um prestador de serviço. Hoje, requerendo maior comprometimento com o indivíduo e com a assistência não só técnica, mas holística e humanizada, passa o médico a buscar guarida na entidade que o contrata, e quer ele justificativa para essas mudanças, pois este entende que a qualidade técnica não necessita revisão. Entretanto, concorda que mudanças positivas estão ocorrendo e que essa diferença na forma como desenvolve suas atividades está melhorando a qualidade da assistência. A Figura 3 apresenta duas asserções nesse sentido e apresenta as médias que tornam verdadeiras essas opiniões, incluindo ainda a visão dos médicos relativa à sua inserção no processo de trabalho:

ASSERÇÕES	MÉDIA
Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a instalação do Núcleo	4,45
Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	4,2
Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a implantação do Núcleo	3,8
Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a implantação do Núcleo	2,0

Figura 3: Médias das questões relativas à visão de mudanças na atenção

Algumas estratégias empregadas não foram suficientes para que o médico reconhecesse sua inserção no complexo mecanismo da assistência em saúde, mas conhecer o que cada um está fazendo foi significativo. O diálogo que segue, transcrito da experiência com o grupo focal, esclarece que o médico quer retorno da sua produção para poder fazer mais, mas paradoxalmente não se sente modificado na forma como atua:

Médico 1: O Núcleo não modificou a minha conduta de uma maneira prática; eu tive o retorno daquilo que eu fazia.

Médico 2: Quando tu passa a ter um retorno, tu quer fazer mais. Tu colheu lá 3, 4, 5 CP, mas para um pouquinho, eu quero fazer mais. Isso sim, agora, comportamental não.

Médica 1: A gente fica mais antenado pras coisas.

Médica 2: Mais responsáveis.

Médico 1: Como os exames, (que) eu fiquei sabendo que eu tô pedindo abaixo da minha cota, e os clínicos estão pedindo bem mais.

Médico 2: As pessoas não nos mostraram (o que eu faço), mas o gerente, se ele consegue estabelecer isso, e mostrar, ele motiva.

A motivação solicitada é justamente essa: mostrar o que ele vem fazendo para que ELE critique a si mesmo e ELE estabeleça os seus próprios parâmetros de comparação. Tornar o médico crítico de si mesmo parece exercer maior resultado do que ser criticado por outrem, ainda que seus coordenadores sejam médicos e especialistas como ele, condição importante para que aceite receber gerenciamento.

### 5.1.2 O Médico Gerenciado por Médico

Ainda no grupo focal, foi questionada a necessidade e a validade de se ter um médico fazendo parte do Núcleo. Com base nas declarações abaixo, pode-se entender melhor que não é a questão corporativa tradicional da classe que está em jogo, mas a necessidade de um respaldo técnico que somente um médico pode oferecer. A questão lançada à discussão foi *o que vocês acham que dá respaldo ao núcleo, que características gerenciais:*

Médica 1: A credibilidade das pessoas que estão lá. Isso é um ponto que eu falo: credibilidade da gente que tá na ponta... tu nota assim quando tu tem uma pessoa representativa... o médico no Núcleo é fundamental. Se não tivesse o médico no Núcleo não teria o mesmo respeito, o respaldo.

Médica 2: Sem dúvida...

Médico 1: Pra comandar, gerenciar, liderar o médico, tem que ser médico. Médico é complicadíssimo.

Médica 1: Não é, mas quando tu tá lá (na UBS) e entra uma pessoa, e tu faz o melhor que tu pode e ela diz que não gostou do teu atendimento, só o médico sentiu isso na carne, porque é tua responsabilidade o diagnóstico, o tratamento, a decisão... e se esse feto morre ele é tua responsabilidade, a responsabilidade incide sobre o médico, então é diferente o papel do enfermeiro e do médico. Eu acho assim, não ter um médico no Núcleo que entenda essa angústia da gente..., é diferente eu ir falar com uma enfermeira. E assim ó, talvez eu esteja sendo bem corporativista,

mas até hoje eu nunca convivi com uma enfermeira que tivesse um respeito por isso, acho que elas têm um papel importante, mas assim, sempre há um pensamento diferente.

Estas colocações feitas ao grupo formularam justamente as asserções que, quando colocadas à prova no questionário, foram confirmadas obtendo as médias mais altas, confirmando essa hipótese de que o médico confia na gerência de seus pares (Fig. 4). A média de 4,95 (a mais alta das hipóteses lançadas no questionário) foi para a afirmação “há significância em ter um médico especialista no Núcleo”, seguida da afirmação “há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista”, cuja média foi 4,9.

ASSERÇÕES	MÉDIA
Há significância em ter um médico especialista no Núcleo	<b>4,95</b>
Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista	<b>4,9</b>

Figura 4: Médias das questões relativas ao gerenciamento feito por médico

### 5.1.3 O Núcleo como Instrumento de Controle

Ficou nítido nesta investigação que os profissionais estudados não toleram bem a idéia de controle sobre suas atividades. Paradoxalmente, enquanto no grupo focal aparecia a idéia de que o gerenciamento sobre as atividades pode ser um fator de controle e aumento do compromisso, quando lançada no questionário para o grupo, esta idéia não teve grande confirmação. Este diálogo que segue parece reiterar a idéia de que o Núcleo, mesmo com papel fiscalizador ou controlador, estimula o trabalho e mantém uma uniformidade de condutas, através de capacitações que redirecionam o raciocínio técnico. Isso pode evitar o confronto ou mesmo a barreira natural de negação que os técnicos inicialmente impõem ao tentarem introduzir uma nova tecnologia, um novo conceito:

Médico: Também existe uma coisa assim, é que tem umas pessoas que só trabalham bem quando são policiadas; eu acho que o Núcleo serviu pra isso também, pra mostrar a essas pessoas ó, tu não tá fazendo isso, tu não tá fazendo aquilo.

Médica: Não é só o policiamento, mas às vezes até orientação, porque às vezes tu faz umas coisas que tu não te dá conta que não era bem indicado. Pra mim ajudou nisso, não que eu tinha intenção de fazer de uma maneira e deveria ser de outra, mas às vezes era por falta de consciência daquilo.

Porém, quando questionado se “com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor”, a média foi mais baixa (3,55), discordando com a colocação de um colega. Há que se concordar que admitir essa hipótese também é admitir que se presta atenção diferenciada às pacientes quando em níveis diversos de controle, e a moral individual tem influência sobre essa resposta.

Na questão “o conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho” também não se obteve concordância acima de 4 (a média encontrada foi 3,9); entretanto, mesmo que abaixo do ponto de corte, há que valorizar a afirmação do médico feita no grupo focal, comentando sobre o *policimento* das atividades. Pode-se inferir que o controle tem efeito positivo quando não fere o ego, mas permite que o médico seja o “ombudsman” de seu próprio trabalho, criticando suas ações quando tabulados e apresentados os resultados de sua produtividade. Especialmente quando compara suas ações com a produção de seus colegas, em iguais condições de oferecer assistência. Esse fato se alicerça e se confirma pelas médias mais elevadas nas asserções que sugerem que dar retorno da produtividade de cada profissional é um fator motivador para o trabalho (Figura 5). Fica visível nessas opiniões, quando no grupo foi lançada, a possibilidade de haver relação do gerenciamento do NSM com a motivação dos profissionais:

Médica 1: Eu acho que tem, eu acho até que funciona como um motivador. Porque existe uma coisa em saúde pública, que se a gente não tiver noção de objetivos, de resultados, tu acaba te desmotivando ...

Médica 2: Exato

Médica 1: Porque senão, tu vê aquelas 20 a 24 pacientes que tão esperando por dia, o serviço que tu tem que tocar e todo dia se repete e tu não vê resultado, então se tu vê em número esses resultados, bom... por exemplo, lá no meu bairro, às vezes dá impressão que tu não tá conseguindo fazer prevenção de gravidez na adolescência, tu não tá fazendo prevenção de câncer, tu não tá fazendo nada. Olha, o meu trabalho tá funcionando, apesar da população continuar crescendo, apesar do meu número de pacientes continuar, eu acho que a motivação é importante, a gente se mantém motivado, e acho que quem trabalha com saúde pública e tem um volume grande, a gente precisa dessa motivação, de gás pra continuar.

Logo mais, completando a opinião das colegas, um dos médicos concorda com a necessidade dessas informações:

Tu ter retorno da tua produtividade, do que tu faz, o que que eu atendo, o que que eu peço, é não tô no ideal ainda, mas eu tô fazendo mais, eu tô fazendo o dobro do ano passado, eu posso fazer mais, nós podemos fazer mais.

ASSERÇÕES	MÉDIA
O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho	3,9
Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor	3,55
Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo	3,2
Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	4,4
O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	4,1

Figura 5: Médias relativas ao comprometimento e à motivação

## 5.2 A GESTÃO DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Com interesse em avaliar a efetividade dos encontros técnicos de capacitação, no grupo focal foi lançada para discussão a questão das Reuniões de Atualização<sup>3</sup>. Isso tinha vistas a confirmar o aproveitamento individual dos profissionais, considerando o tempo de permanência dos médicos nesses encontros, que se sabia ser pequeno. Entretanto, o primeiro encontro técnico exclusivamente com médicos, em novembro de 2003 surpreendeu pela permanência e adesão aos trabalhos, muitos deles continuando no período da tarde inclusive<sup>4</sup>.

Conforme exemplificado na tabela 2 (ANEXO D) identificou-se que 80% dos médicos acreditam na melhora do trabalho através de reuniões técnicas periódicas, e 15% destes concorda parcialmente com a idéia, perfazendo uma aceitação de 95% destas atividades. Essa asserção atingiu uma média bastante alta (4,75), confirmando a aceitação das reuniões. Com uma média de 4,4, as reuniões técnicas também foram consideradas motivadoras para o trabalho.

Entretanto, não parecem ser bem aceitas estas reuniões quando os médicos são agrupados com outras equipes. Uma baixa média (2,7) mostra que a hipótese *as reuniões de*

<sup>3</sup> As Reuniões de Atualização não possuem cronograma específico, mas são organizadas conforme a demanda. Por exemplo, quando surgem programas do Ministério da Saúde com enfoques pontuais sobre determinadas ações. Igualmente o município avalia necessidades de acordo com os indicadores de saúde locais, ou na implantação de novas rotinas, como solicitação de exames no pré-natal, melhoria das técnicas de coleta de CP, assistência às mulheres em situação de violência, etc.

<sup>4</sup> O encontro técnico citado foi organizado para revisão da técnica de coleta de CP, da numeração correta das lâminas, das rotinas de pré-natal e reforço na solicitação de VDRL e anti-HIV em dois momentos da gravidez. Também abriu espaço para discussão de novas necessidades na área da saúde da mulher. Estava dividido em dois turnos: parte da manhã com ginecologistas e na parte da tarde com enfermeiros e auxiliares.

*discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeira são mais aproveitadas pelos médicos* não tem confirmação pelos entrevistados, pois somente ocorreu um registro de *concordo totalmente* (Tabela 1- ANEXO C).

Corroborar esse fato a seguinte fala de uma médica:

O grande papel de atualização técnica... a gente precisa de espaço de médico pra conversar, não adianta, eu não sei como vocês se sentiam mas quando a gente tava lá, médico, enfermeira, auxiliar, não, tu banaliza a discussão, tu põe num nível prá que todo mundo entenda e se torna um saco e tu não valoriza.

Estrategicamente, as reuniões técnicas exercem influência nos resultados e são instrumentos comprovadamente positivos na inclusão dos profissionais. São motivadoras porque mantêm os médicos em constante atualização, e criam um espaço muito importante para a valorização do trabalho individual. Nestes encontros, o Núcleo tem a oportunidade de justificar ações futuras e ouvir opiniões. A Figura 6 resume as médias extraídas do questionário que estão relacionadas aos encontros técnicos.

ASSERÇÕES	MÉDIA
As reuniões técnicas são motivadoras para o trabalho	4,4
As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho	4,75
As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico	2,7
As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas	4,15

Figura 6: Médias das questões relativas às reuniões técnicas

### 5.3 A PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS ENTRE OS MÉDICOS

Criar rotinas para a uniformidade do trabalho facilita o gerenciamento e a avaliação da qualidade da atenção. Também auxilia as equipes no sentido de manter um padrão constante na produção de saúde. Caxias do Sul já possuía uma rotinização das ações em saúde, mas não se observava padronização de condutas. O Protocolo de Ações<sup>5</sup> (CAXIAS DO SUL, 2000)

<sup>5</sup>“Protocolo de Ações Básicas de Saúde – Uma Proposta em Defesa da Vida”. Um livro elaborado por uma equipe técnica da SMS do nível central e da rede básica, editado em 2000. Além da rotina de procedimentos técnicos, apresenta uma proposta de atenção e de gestão para o SUS de Caxias do Sul. Valoriza muito a clínica ampliada, o trabalho em equipe e define atribuições de cada profissional.

tinha essa intenção desde a sua concepção, mas percebiam-se condutas independentes que sugeriam o não seguimento dessas rotinas, ignorando-se a necessidade e a importância desse padrão.

Para se testar a legitimidade do Protocolo entre os ginecologistas, foi lançada ao grupo focal a questão do seu uso como um guia de rotinas, porque mesmo com sua ampla divulgação e distribuição na rede de saúde, a diversidade de condutas demonstrava que as rotinas não eram seguidas. Na tentativa de fazer dele um verdadeiro referencial técnico, algumas reuniões propunham a sua revisão e atualização, com base em literatura científica.

O resultado positivo dessas ações aparece em alguns discursos do grupo focal e se confirma com médias altas de concordância no questionário (Fig. 7):

Médica: Hoje tu senta pra discutir a revisão do Protocolo; isso tá construído, isso já tá feito, tu discute conduta, tu te reúne pra dizer pô, mas tu não tá pedindo VDRL com trinta semanas; vocês conseguem ver o requinte de uma discussão dessas?

Médico: As reuniões democratizaram o processo, o Núcleo passou a trazer a opinião dos outros para a implantação do processo. Antes as pessoas que precisavam construir alguma coisa pegavam alguém lá que tinham mais afinidade e faziam as coisas. Este Núcleo democratizou o Protocolo. Acho que muito mais pessoas passaram a abrir o Protocolo e o leram a partir de que [...] começou a gerenciar o Núcleo, porque antes ninguém abria o Protocolo.

ASSERÇÕES	MÉDIA
Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência	4,45
O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo	4,2

Figura 7: Médias das questões relativas ao Protocolo

Além das altas médias, o percentual de concordância dessas afirmações foi de 85 e 80% respectivamente (Tabela 2 - ANEXO D)

#### 5.4 CARACTERÍSTICAS GERENCIAIS ENVOLVIDAS NO PROCESSO

Uma vez que o grupo focal sugeria haver melhoras na atenção à saúde após a instalação do NSM, buscou-se conhecer as possíveis características gerenciais que proporcionaram essas mudanças. Sabendo que as mudanças partiram dos próprios médicos e conhecendo-se os resultados positivos que se vinha alcançando, foi solicitado ao grupo que apontasse as características gerenciais envolvidas neste processo. A reunião de médicos para discussões e atualizações surge novamente como uma intervenção positiva trazida pelo Núcleo:

E no momento que tu puder interagir mais, uma coisa importante é aquilo que [...] falou: conseguir fazer essa construção com médico-médico; naquelas manhãs, quantas coisas a gente se atualiza e conversa, quantas coisas clareiam, a gente conversa... aquilo tinha sido totalmente abandonado.

Questionados sobre quais instrumentos levaram às mudanças, um conceito novo surgiu: “vou ser bem sincero: no momento que tu faz concurso e que tu passa a ser servidor. Primeiro passo, não tem mais o CC”. Essa questão foi considerada no questionário e se obteve uma média que a confirma (Fig. 8). A asserção relativa ao médico em cargo de confiança ser mais motivado, além de ter uma baixa média, obteve apenas 30% de concordância, contra 80% de concordância da primeira.

ASSERÇÕES	MÉDIA
Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho	4,15
Um médico em cargo de confiança, não-estável, é mais motivado para o trabalho	2,8

Figura 8: Médias relativas ao vínculo profissional do servidor

Outras colocações, como apartidarismo político (Fig. 9), foram surgindo a respeito das habilidades gerenciais que teriam permitido a solidificação do NSM como instrumento gerencial:

Médico 1: [...] é um cara aglutinador, [...] não é um cara pernóstico, que não tem estrelismo, não é desagregador.

Médica 1: uma das coisas que facilita, a ser agregador e tal, é que [...] é apartidário.

UM COORDENADOR DE NÚCLEO SER MILITANTE PODE INTERFERIR ?<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Pergunta do autor ao grupo.

Vários: pode, pode...

Médica 2: Em momento algum [...] coloca isso.

Médica 3: (Um coordenador) tem que ser aglutinador, sensível, atualizado, ter visibilidade dentro da rede.

ASSERÇÕES	MÉDIA
Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	4,25
Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	1,7

Figura 9: Médias relativas ao respaldo gerencial *versus* vínculo político

#### 5.4.1 Estratégias para Mudanças

No gerenciamento de médicos, a inserção de novos conceitos e a mudança de condutas depende de várias estratégias. No final da entrevista em grupo, um médico colocou sua opinião sobre como tornar as mudanças possíveis:

Convencimento. No momento que tu me convence que a última dose de penicilina tem que ocorrer antes de 30 dias do parto pra criança não ter sífilis congênita, né, quando tu me mostra a importância disso. Porque se tu chegasse e dissesse: tu passa a pedir exame com 30 semanas, e não explica o porquê, tu não vai mudar. Se tu não convence as pessoas tu não muda nada.

#### 5.5 SÍNTESE DOS ACHADOS

Esta pesquisa trouxe à luz uma variedade de informações na questão do gerenciamento de equipes médicas. Conhecer a cultura desta categoria profissional e como estes profissionais se inserem nos processos de trabalho qualifica o processo da gestão. Muito embora um novo paradigma esteja surgindo, modificando a centralidade da atenção à saúde dantes focada no médico para uma integralidade de ações preventivas e multidisciplinares, a Medicina tem papel fundamental no processo de promoção da saúde.

O momento da realização da pesquisa é contemporâneo a uma disputa de mercado entre os profissionais da Medicina e de outras áreas, o que torna os médicos resistentes à inserção de novos conceitos. O Sistema Único de Saúde propõe esses conceitos novos na

atenção e promoção da saúde, e os gestores públicos podem se deparar com barreiras para adaptação de suas equipes a essas mudanças.

Entretanto, a proposta gerencial do NSM parece ser bastante democrática e persuasiva o suficiente para implantar mudanças conceituais entre os médicos, e isso foi percebido com a pesquisa: incluir os profissionais nas discussões, manter reuniões periódicas de atualização, permitir espaços para a classe opinar e ser ouvida, repassar informações que justificam seu trabalho. O fato de existir um médico na coordenação pareceu o mais claro facilitador do processo, e a existência do NSM também fortalece os profissionais e os respalda tecnicamente.

Ficou claro na pesquisa que os médicos aceitam um gerenciamento técnico que norteie suas atividades, apontando estrategicamente para a validação de um núcleo gerencial, pelos altos percentuais de concordância em haver um Núcleo Gerencial específico da área e a grande concordância de que houve melhora na assistência à saúde da mulher após a implantação do NSM (100% e 95%, respectivamente). Entretanto, mudanças na forma como os médicos atuam devem ser introduzidas por *convencimento*, que só parece possível se bem justificado, e apontado por outro médico. Pela especificidade de suas funções, os ginecologistas julgaram importante existir um outro profissional da categoria neste Núcleo Gerencial. Muito embora possa parecer corporativo, eles justificam a necessidade de haver um médico gerenciando suas funções pelo entendimento de que suas dificuldades serão melhor compreendidas, e ter um especialista da área no Núcleo foi positivo para a inserção de mudanças no comprometimento dos profissionais.

Tentar uma outra forma de gerenciamento pode ser contraproducente ao gestor, pois a oposição dos médicos poderá lentificar a aceitação e introdução de novos conceitos, de modo que é possível reduzir o período de negação das novas idéias se estas vêm apresentadas e justificadas por seus pares.

Ainda no enfoque da introdução de conceitos, no sistema de assistência pública são constantes os treinamentos e as capacitações, mantendo as equipes atualizadas. Entendidas pelos médicos como *motivadoras para o trabalho*, as reuniões técnicas são importantes, mas estes não demonstraram ter interesse quando agregados às equipes não-médicas para estas capacitações. Esse dado é um forte sinalizador para que o gestor possa dimensionar a validade dos encontros multidisciplinares e o quanto de impacto se obtém com essas atividades, principalmente se o público que se pretende atingir são os médicos.

Possivelmente, capacitações com vistas à humanização da atenção, discussões de fluxos de encaminhamentos e outras ações operativas possam ter mais rendimento quando

agregando médicos aos demais profissionais, reforçando o conceito de equipe. Porém, na questão técnica e nas ações relativas a procedimentos médicos, o aproveitamento e o interesse destes profissionais fica diminuído quando em grupos multidisciplinares. Isso leva a pensar sobre atividades que operacionalmente sejam planejadas em grandes grupos, otimizando recursos físicos, facilitando cronogramas e diminuindo dispensas de serviço, mas que acabarão não sendo aproveitadas pelos médicos, por resistência e desinteresse.

Das atividades desenvolvidas pelo NSM, apresentar o retorno da produção individual e geral é um fator motivador. Percebeu-se o quanto o médico pode se interessar em melhorar seu atendimento quando passa a ter em números o resultado de suas atividades. Pela própria tendência natural, a maioria dos médicos acreditava estar, por exemplo, coletando mais CP's do que de fato faziam, pois o fluxo diário de pacientes lhes fornecia uma estatística imaginária bem maior. Essas informações, se passadas não como demonstrativo de uma controladoria, mas como um monitoramento importante no acompanhamento da assistência, poderão orientar estratégias que o próprio profissional visualiza, sem a necessidade de intervenções externas ou críticas.

Criar rotinas de trabalho padroniza a assistência e permite um controle da qualidade da prestação do serviço em saúde. Facilita também a construção de indicadores de saúde que poderão ser acompanhados em uma linha de tempo, monitorando a produtividade. Para que essa rotina exista, essa pesquisa demonstrou a importância de se ter o médico unido ao nível central na construção das rotinas que ele próprio terá de seguir. Percebeu-se que a inclusão da classe nas discussões torna mais legítimo o produto, como no caso do Protocolo de Ações de Caxias do Sul. Sabe-se que muitas condutas não são consenso, e o médico detém o poder da escolha do que ele julga mais adequado para cada paciente. Isso favorece a quebra das rotinas e pode inclusive ser oneroso para um sistema público de saúde.

Para que o médico compreenda as particularidades de se prestar assistência pública sem prejuízo da qualidade desta assistência, necessita ter o conhecimento do funcionamento desta rede. O abuso na solicitação de exames ou o excesso de encaminhamentos pode ser resolvido no momento em que ele se apropria mais de seus pacientes, e compreende que procedimentos de padronização não serão limitadores do seu trabalho ou que menos ainda, colocarão em risco a sua responsabilidade técnica.

Como se sabe, os serviços de administração pública estão sujeitos a mudanças filosóficas de acordo com o entendimento do gestor. Uma vez que uma Secretaria Municipal sujeita-se a essas variações em virtude de mudanças políticas, nem todo o funcionalismo compartilha dos mesmos conceitos que norteiam o processo administrativo. Todavia, dentro

do processo gerencial, algumas coordenadorias são indicadas politicamente, e podem ser escolhidas baseadas em afinidades ou em habilidades técnicas.

A pesquisa deixou claro o quão é importante aos médicos não estarem sujeitos a uma coordenação com vínculo político-partidário. A neutralidade política aparece como uma virtude a ser considerada, que poderá facilitar na aceitação de alguma forma de gerenciamento sobre as equipes, influenciando inclusive o potencial de governabilidade e de legitimação dos gestores.

Também ficou demonstrada a opinião de que um médico concursado, e não em cargo de confiança, tem mais motivação para o trabalho. É uma posição interessante da equipe entrevistada, e poderia ser objeto de uma outra investigação mais detalhada. Uma justificativa para isso surgiu ainda no grupo focal, quando houve uma citação a respeito do ganho da saúde através da realização do concurso público de 1997/1998, momento em que o município ampliou o quadro funcional da Saúde, extinguindo antigos “contratos emergenciais”.

Outra hipótese a explicar uma certa rejeição às coordenadorias partidariamente comprometidas é a própria organização de saúde, onde o médico, agindo no nível operacional, não está aberto a interferências políticas em seu trabalho. Por isso, confia mais em uma coordenação técnica mais neutra, porquanto diminuiria a influência política nas suas ações, evitando que suas atividades não tenham outro objetivo senão a promoção da saúde.

## 6 CONCLUSÕES

Identificou-se com esta pesquisa que houve impacto positivo na adesão dos médicos com o modelo assistencial proposto pelo município na área gineco-obstétrica através do gerenciamento do Núcleo de Saúde da Mulher. Isto foi possível em decorrência do convencimento técnico da importância de atitudes voltadas para a saúde das coletividades e na modificação gradual nos conceitos antigos a respeito da medicina para usuários de sistemas públicos de saúde.

Conhecer o seu papel nesse processo e os resultados que o trabalho individual proporciona ao contexto de uma Secretaria de Saúde foi o principal fator facilitador para que os profissionais se incluíssem naturalmente. Fatores restritores não foram relacionados diretamente ao NSM, mas vinculação político-partidária das coordenações foi indicada como um fator restritor ao processo de mudança.

O objetivo geral não ficou totalmente contemplado tendo em vista a amplitude do objetivo em si. Descrever a proposta gerencial do Núcleo possa talvez ser um segundo passo desta pesquisa, partindo-se dos conhecimentos obtidos da mesma.

Ao pesquisador ficou clara a particularidade de se gerenciar equipes de médicos. São profissionais com grande força técnica, o que lhes dá autonomia em suas atividades. Incluí-los em decisões colegiadas é democratizar o processo de mudança organizacional, e conflitos podem ser neutralizados quando estes se sentem parte da instituição. O gestor precisa reconhecer essas características e saber usar os instrumentos que congreguem os médicos ao seu plano operativo.

Várias características pessoais influenciam na aceitação de uma coordenação de médicos. Ficou demonstrado que conhecimento técnico, embora importante, precisa ser agregado a qualidades subjetivas que humanizem o relacionamento. Um contato mais pessoal favorece o entendimento. Fayol (1994, p. 63) alerta que “conflitos envenenam-se facilmente quando tratados por escrito. As relações devem ser verbais. Ganha-se com isso em rapidez, clareza e harmonia”.

Considerar a presença de médicos na gestão de equipes médicas dá a estes profissionais mais segurança e respaldo, o que não significa corporativismo, uma vez que valores morais, repetindo Fayol, são a melhor garantia contra o abuso de poder.

Aos médicos, é mais produtivo fazê-los reconhecer seu papel e mudar paulatinamente suas crenças na organização. A qualificação dos gestores é um passo nesse caminho.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Jackeline Amantino de. O processo de inovação nas organizações públicas: integrando conceitos às práticas. In: ENCONTRO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO-ENAMPAD, 25., 2001, Campinas. **Anais...** Mimeog.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 58-66, set. 1996.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reflexões sobre a proposta de gestão do sistema local de saúde. In: MELAMED, Clarice; MALKIN, Judith. **Caderno de Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: FASE, 1989. p. 39-42.

CAXIAS DO SUL. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo das Ações Básicas de Saúde**: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul.-set. 1997.

CUNHA, Huda Farah Siqueira. **Gestão local plena com programa de saúde da família e aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde: um estudo de caso**. Campinas, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 2001.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-88, maio-jun. 2004.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

FURTADO, Lumêna A. Castro; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 587-95, dez. 1998.

- HIGASHI, Eliza Yoshie. **Gestão estratégica de recursos humanos no setor saúde**. São Paulo, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, 2001.
- MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34 n. 4, p. 133-46, jul.-ago. 2000.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- MARTINEZ, Marta Nóbrega; GONÇALVES Orlando Ribeiro. Qualidade na atenção à saúde. **Revista Brasília Médica**, Brasília, DF, v. 37, n. 3/4, p. 109-113, 2000.
- MATUS, Carlos. **Política, Planejamento & Governo**. 2.ed. Brasília: IPEA, 1996. 2.v
- MELO, Cristina; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p.195-211, mar.-abr. 2002.
- MELO, José Carlos Martins F. de. **Negociação Baseada em Estratégia**. São Paulo: Atlas, 2003.
- MENDES, Heloísa Wey Berti; CALDAS JR, Antonio Luiz. Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n.3, p. 20-6, maio 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.
- MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**. Tradução de Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995.
- MISOCZKY, Maria Ceci de Araújo; BECH, Jaime (Orgs.) **Estratégias da Organização da Atenção em Saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2002.
- RIGHI, Liane Beatriz. **Poder Local e Inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios do Rio Grande do Sul**. Campinas, SP. Originalmente apresentada como tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- RODRIGUES FILHO, José. A crise gerencial no sistema de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 65-75, out.-dez.1994.
- ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio do Curso de Administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalho de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 1996.
- SANTANA, José Paranaguá de. Gestão do trabalho no serviço público de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 66-9, dez. 1992.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formação de recursos humanos para o SUS. Desafios na perspectiva da mudança do modelo de gestão e atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 20-3, dez. 1993.

VIVIAN, Fernando; VERDI, Clanir; CONTE, Teresinha. A retroalimentação de dados como forma de inclusão dos profissionais da rede básica no processo de melhorias nos indicadores de saúde. In: FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE COLETIVA, 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2003. 1 CD-ROM.

WEBER, Max. **Economia y Sociedad**. México: Fondo de Cultura Economica, 1992.

WOOD JR, Thomaz. **Mudança Organizacional**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO FOCAL**

### Termo de Consentimento

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar de grupo focal para o projeto de pesquisa realizada por Fernando Vivian, para conclusão do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cuja realização implicará em vídeo-gravação das discussões do grupo. O anonimato das informações será garantido, e tampouco minhas imagens serão utilizadas para qualquer fim ou divulgação, sendo coletados e tabulados os resultados de minhas opiniões em conjunto aos dados que surgirem no desenvolvimento das discussões do grupo. Caxias do Sul, 23/06/04.

Ass. \_\_\_\_\_

## **ANEXO B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GINECOLOGISTAS QUE TRABALHAM NA REDE ASSISTENCIAL DE UNIDADES BÁSICAS DO SUS EM CAXIAS DO SUL**

O Núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a implantação do Núcleo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Há significância em ter um médico especialista no Núcleo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a instalação do Núcleo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Um médico em cargo de confiança, não-estável é mais motivado para o trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

As reuniões técnicas são motivadores para o trabalho.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo.

- concordo totalmente     concordo parcialmente     é indiferente  
 discordo parcialmente     discordo totalmente

Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho.

- concordo totalmente    concordo parcialmente    é indiferente  
 discordo parcialmente    discordo totalmente

Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho.

- concordo totalmente    concordo parcialmente    é indiferente  
 discordo parcialmente    discordo totalmente

## ANEXO C – TABELA 1

Tabela 1: Distribuição das respostas conforme cada asserção do questionário individual

<i>Questões aplicadas</i>	<i>concordo totalmente</i>	<i>concordo parcialmente</i>	<i>é indiferente</i>	<i>discordo parcialmente</i>	<i>discordo totalmente</i>
O Núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	10	7	2	1	
Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a implantação do Núcleo	11	8		1	
Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	9	8	1	2	
Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	17	3			
Há significância em ter um médico especialista no Núcleo	19	1			
Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista	19		1		
As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho	16	3	1		
O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho	6	10	1	2	1
Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	12	6	1		1
O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	9	7	2	1	1
Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo	8	4	6		2
Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a instalação do Núcleo	1	1	6	1	11
Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência	9	8	2		1
O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo	8	8	3		1
Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor	3	7	9		1
Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho	9	7	3		1
Um médico em cargo de confiança, não-estável é mais motivado para o trabalho	4	2	6	2	6
As reuniões técnicas são motivadores para o trabalho	11	8			1

Tabela 1 (cont.): Distribuição das respostas conforme cada asserção do questionário individual

<i>Questões aplicadas</i>	<i>concordo totalmente</i>	<i>concordo parcialmente</i>	<i>é indiferente</i>	<i>discordo parcialmente</i>	<i>discordo totalmente</i>
As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico	1	8	1	4	6
As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas	12	7		1	
Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo	2	6	9		3
Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	14	1	3		2
Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho		2	3	2	13

## ANEXO D – TABELA 2

Tabela 2: Classificação das asserções conforme frequência de respostas (em valores percentuais)

<i>Questões aplicadas</i>	<i>concordo totalmente</i>	<i>concordo parcialmente</i>	<i>Total de concordância</i>
Há significância em ter um médico especialista no Núcleo	95	5	100
Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista	95	0	95
Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	85	15	100
As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho	80	15	95
Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	70	5	75
Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	60	30	90
As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas	60	35	95
Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a implantação do Núcleo	55	40	95
As reuniões técnicas são motivadores para o trabalho	55	40	95
O núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	50	35	85
Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	45	40	85
O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	45	35	80
Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência	45	40	85
Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho	45	35	80
Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo	40	20	60
O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo	40	40	80
O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho	30	50	80

Tabela 2 (cont.): Classificação das asserções conforme frequência de respostas (em valores percentuais)

<i>Questões aplicadas</i>	<i>concordo totalmente</i>	<i>concordo parcialmente</i>	<i>Total de concordância</i>
Um médico em cargo de confiança, não-estável é mais motivado para o trabalho	20	10	30
Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor	15	35	50
As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico	5	40	45
Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	0	10	10

### ANEXO E – TABELA 3

Tabela 3: Somas e médias aritméticas de cada asserção

<i>Asserções</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>
O núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	86	4.3
Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a implantação do Núcleo	89	4.45
Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	84	4.2
Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	97	4.85
Há significância em ter um médico especialista no Núcleo	99	4.95
Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista	98	4.9
As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho	95	4.75
O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho	78	3.9
Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	88	4.4
O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	82	4.1
Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo	76	3.8
Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a instalação do Núcleo	40	2
Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência	84	4.2
O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo	82	4.1
Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor	71	3.55
Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho	83	4.15
Um médico em cargo de confiança, não-estável é mais motivado para o trabalho	56	2.8
As reuniões técnicas são motivadores para o trabalho	88	4.4
As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico	54	2.7
As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas	83	4.15
Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo	64	3.2
Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	85	4.25
Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho	34	1.7

## ANEXO F – GRÁFICO DAS MÉDIAS DAS RESPOSTAS

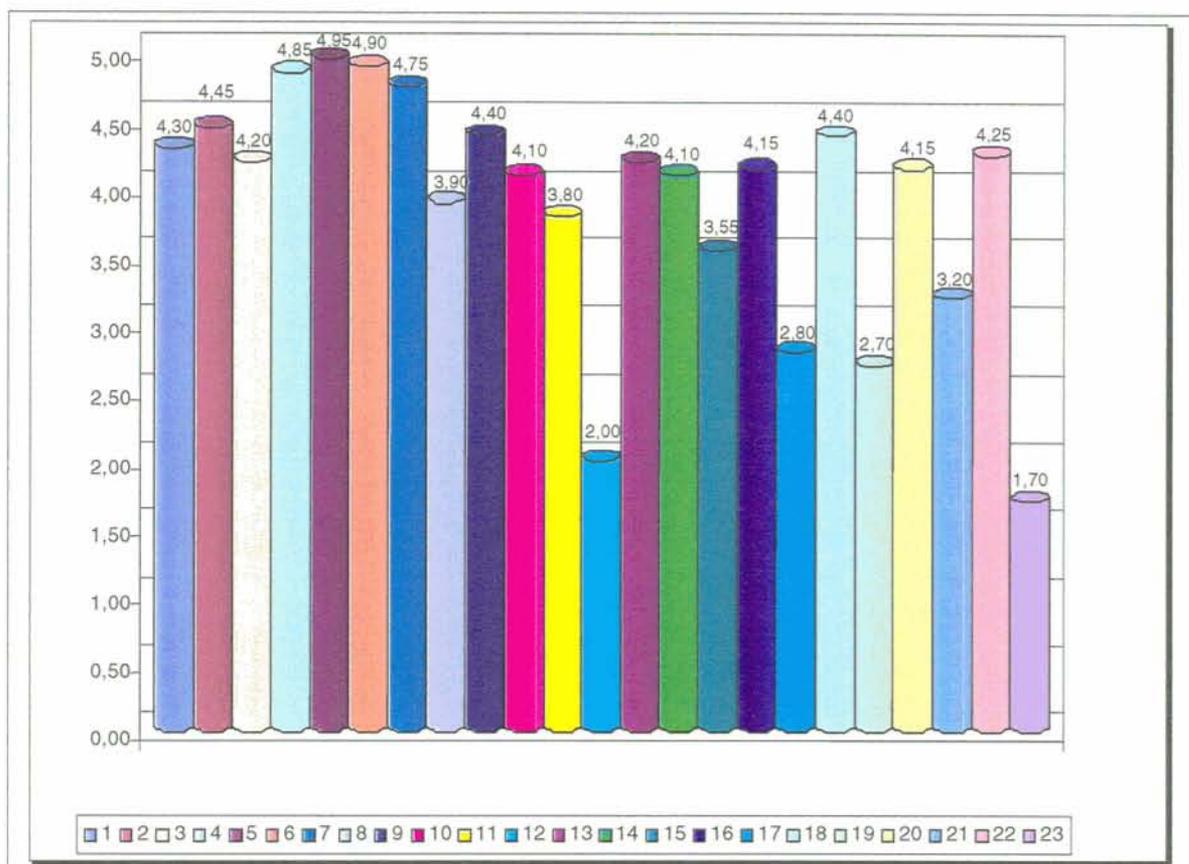


Figura 10: Médias das respostas do questionário

1. O núcleo de Saúde da Mulher tem papel gerencial sobre os médicos ginecologistas	13. Estudar e revisar o Protocolo de Ações aumentou a sua legitimidade como manual de referência
2. Houve uma melhora na assistência à saúde da mulher em Caxias do Sul após a implantação do Núcleo	14. O Núcleo da Mulher ajudou a legitimar o Protocolo
3. Após a implantação do Núcleo houve aumento do comprometimento dos ginecologistas com o processo da produção de saúde no município	15. Com o controle do Núcleo o ginecologista se apropria mais da paciente, cuida melhor
4. Há significância em existir um Núcleo gerencial específico da área	16. Um médico concursado e estável é mais motivado para o trabalho
5. Há significância em ter um médico especialista no Núcleo	17. Um médico em cargo de confiança, não-estável é mais motivado para o trabalho
6. Há significância que a coordenação do Núcleo seja exercida por um médico especialista	18. As reuniões técnicas são motivadores para o trabalho
7. As reuniões técnicas de atualização têm significância para a melhora do trabalho	19. As reuniões de discussão multidisciplinar, com agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiras são mais aproveitadas pelo médico
8. O conhecimento de que há um controle sobre as atividades de assistência médica aumenta o compromisso com o processo de trabalho	20. As reuniões específicas apenas com médicos são mais aproveitadas
9. Apresentar o retorno da produtividade é motivador para melhorar a atenção à saúde	21. Aumentou seu compromisso com a assistência após o gerenciamento do Núcleo
10. O retorno das informações da produção individual e geral é motivador no processo de trabalho	22. Um coordenador sem vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho
11. Você sentiu-se mais inserido no processo de trabalho após a instalação do Núcleo	23. Um coordenador com vínculo político-partidário tem mais respaldo para gerenciar o trabalho
12. Você sentiu-se mais afastado do processo de trabalho após a instalação do Núcleo	