



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS**

**PROCESSO DE TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

**FEIRA DE SANTANA-BA**

**2018**

MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS

**PROCESSO DE TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo

FEIRA DE SANTANA-BA

2018

### **Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado**

J56p Jesus, Michele de Araújo de Jesus  
Processo de trabalho de gerentes de unidades de saúde da atenção primária de um Município do Estado da Bahia / Michele de Araújo de Jesus. - 2018.  
182f.: il.

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

I. Processo de trabalho gerencial – Unidades de Saúde. 2. Atenção primária à Saúde - Bahia. I. Servo, Maria Lúcia Silva, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 331.103.2:614(814.22)

MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS

**PROCESSO DE TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 16 de abril de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Silva Servo (Orientadora)  
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ângela Alves do Nascimento (Titular)  
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neuranides Santana (Titular)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluce Karla Bonfim de Souza (Suplente)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Alves Leite Leal (Suplente)  
Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS

## AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa chega ao fim. E em meio a todas idas e vindas, a certeza que fica é que “Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou; Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar; Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar; Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar; Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora; Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar; Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz. Eclesiastes 3:1-7”. E por ter vivido, muito desses tempos, agradeço a todos que participaram dessa jornada e compartilharam seu tempo ao meu lado.

A Deus agradeço imensamente, por ser o meu guia, meu sustento e fortaleza em todos os momentos.

À minha família, pelo apoio e amor incondicional, principalmente a minha mãe (Vera) e meu pai (Edvaldo). A você (Ciça) agradeço por ser a minha companheira de estudos e de risos nas madrugadas. À vó Coleta e à bisá AB (*in memoriam*) sou grata pelas orações e pela proteção que vocês pediram a Deus para mim. Nunca fiquei e serei desamparada, pois o nosso amor nos dá força diariamente para lutar.

À pró Lúcia, agradeço por ter me recebido de braços abertos, sempre com sorriso no rosto, pelo seu entusiasmo e pode me fazer acreditar que tudo daria certo.

A todos os professores da PPGSC, agradeço por compartilharem seus conhecimentos e vivências, e possibilitarem a construção do conhecimento.

A todos os colegas da turma do Mestrado 2016 e as companheiras – Dani, Manu, Cari, Ney, Nanda – agradeço pelos momentos de descontração e pelos laços de amizade que se estabeleceram.

E à aquela amizade que esteve ali sempre que necessário, independente das condições serem favoráveis ou não. Agradeço-te, Isis, por estar presente em mais uma etapa que concluímos praticamente juntas. Nossa amizade é uma das fontes de alegria e conforto na minha vida.

Aos participantes deste estudo agradeço pela disponibilidade para a construção do conhecimento.

À Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, por ser um espaço aberto para construção do conhecimento junto a Universidade.

Aos membros da banca, Prof.<sup>as</sup> Ângela, Neuranides, Mariluce e Juliana, pelas contribuições e interesse por este estudo.

Por fim, a todos que participaram direta ou indiretamente deixo o meu — muito obrigado!

*O líder perverso é aquele que as pessoas desprezam  
O bom líder é aquele que as pessoas reverenciam  
O grande líder existe quando as pessoas dizem 'Nós fizemos isso'*

**Lao Tsu**

## RESUMO

JESUS, M.A. **Processo de Trabalho de Gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde de um município do estado da Bahia.** 2018. 182f. Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2018.

O processo de trabalho (PT) de gerentes de Unidades de Saúde (US) da Atenção Primária à Saúde (APS) é prática complexa e dinâmica, pois envolve a interconexão dos elementos constitutivos do PT em saúde, os atributos essenciais e derivados da APS em diferentes contextos, repercutindo no agir dos gerentes de US. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde em um município do Estado da Bahia. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os participantes foram 18 gerentes de US da APS. As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. Após leitura criteriosa dos dados, foram apreendidos os núcleos de sentidos que possibilitaram à apreensão das categorias: Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos gerentes de Unidade de Saúde da APS local. A dinâmica do Processo de Trabalho de gerentes de US: os elementos constitutivos e os contextos e O agir dos gerentes de US: limite e potência para o fortalecimento dos atributos da APS local. O método de análise de dados foi a análise de conteúdo temática. O estudo sinaliza que há uma centralidade no gerente de US da APS como agente do processo de trabalho gerencial(PTG), com a participação de profissionais e trabalhadores da saúde, são observados diferentes objetos do PTG como a equipe de saúde, o usuário, a comunidade e a organização da US, a finalidade do PTG está relacionada às demandas individuais dos usuários e às demandas para organização e funcionamento da US, os instrumentos utilizados são os materiais, os saberes, técnicas e as tecnologias duras, leves e duras do trabalho em saúde. O contexto político é permeado pela relação de poder, processo de tomada de decisão, impasse da autonomia municipal e da autonomia dos gerentes, além da participação popular; o contexto técnico abrange a formação profissional, a inserção no cargo/função gerencial e a qualificação profissional de gerentes de US; o contexto organizacional revela a estrutura e organização interna das US, e por fim o contexto relacional destaca as relações presentes nas US entre os membros da equipe e as questões subjetivas que revelam o pensar e o agir sobre a gerência nas US da APS. O estudo aponta que o PTG realizado nas US da APS requer conhecimentos, habilidades e atitudes para agir diante da complexidade e dinamicidades que o trabalho gerencial das US da APS possuem, principalmente no que se refere aos atributos da APS- atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Destaca ainda, a necessidade do gerente de atuar em prol das potencialidades que favorecem a continuidade das ações e práticas e das equipes de saúde com foco na melhoria da saúde e bem estar da população. Assim, é preciso instituir mudanças na estrutura político administrativa do sistema de saúde local, assim como no interior de cada US, visando romper com o modelo mecanicista, controlador e hierárquico presente no cotidiano do trabalho gerencial nas US da APS e assim abrir oportunidade de superar o paradigma sistêmico e complexo, mediante o trabalho com modelos gerenciais pautados em práticas inovadoras como a co-gestão e a gestão comunicativa, a fim de promover o fortalecimento dos atributos da APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gerência; Processo de Trabalho; Atenção Primária à Saúde



## ABSTRACT

JESUS, M.A. **Work Process of Managers of Health Units of the Primary Health Care of a municipality in the state of Bahia**. 2018. 182f. Dissertation (Master in Collective Health), State University of Feira de Santana, Bahia, 2018.

The work process (WP) of managers of Primary Health Care Units (PHCU) is a complex and dynamic practice, as it involves the interconnection of the WP constituent elements of the health work process, the essential attributes and derived from PHCU in different contexts, impacting on the actions of CU managers. The purpose of this study was to analyze the work process of managers of Health Units of Primary Health Care in a municipality of the State of Bahia. It is a field research, with a qualitative approach, performed in the Family Health Units (FHU) and the Basic Health Units (BHU). Participants were 18 managers of PHCU Health Units. The techniques of data collection were the semi-structured interview and the systematic observation. After a careful reading of the data, the sense nuclei were apprehended, which made it possible to apprehend the categories: Socio-demographic and occupational characterization of local PHC Health Unit managers. The work process dynamics of CU managers: the constituent elements, the contexts and the attributes of the PHC and The act of CU managers: limits / power for the strengthening of local PHC attributes. The data analysis method was thematic content analysis. The study indicates that there is a centrality in the US manager of the APS as agent of the managerial work process (MWP), with the contribution of professionals and health workers, different objects of the MWP are observed such as the health team, the user, the community and the organization of the CU, the purpose of the MWC is related to the individual demands of the users and the demands for organization and operation of the CU, the instruments used are the materials, the knowledges, the techniques and the hard, light and hard technologies of the health work. The political context is permeated by the power relationship, the decision-making process, the impasse of the municipal autonomy and the autonomy of the managers, besides the popular participation; the technical context encompasses professional training, insertion in the managerial role and function, and the professional qualification of CU managers; the organizational context reveals the structure and internal organization of the US, and finally, the relational context highlights the present relations in the CU between the team members and the subjective issues that reveal the thinking and acting on the management in the PHCU. The study points out that the MWP carried out in the PHCU requires knowledge, skills and attitudes to act in the face of the complexity and dynamicities that the managerial work of PHC Health Units possess, especially with regard to the attributes of PHC - first attention contact, longitudinality, completeness, coordination, family focus, community orientation and cultural competence. It also highlights the need of the manager to act in favor of the potentialities that favor the continuity of actions and practices and of the health teams focused on improving the health and well-being of the population. Thus, it is necessary to institute changes in the political administrative structure of the local health system, as well as within each US, aiming to break with the mechanistic, controlling and hierarchical model present in the daily work of the managerial work in the CU of the PHC and thus open the opportunity of to overcome the systemic and complex paradigm by working with managerial models based on innovative practices such as co-management and communicative management, in order to promote the strengthening of PHC attributes.

**KEY WORDS:** Management, Work Process, Primary Health Care

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	ATENÇÃO BÁSICA
<b>ACS</b>	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
<b>APS</b>	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
<b>BVS</b>	BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE
<b>CDS</b>	COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA
<b>CEP</b>	CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA
<b>CHA</b>	COMPETÊNCIAS HABILIDADES ATITUDES
<b>CNES</b>	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
<b>CONSEPQ</b>	CONSELHO SUPERIOR DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
<b>CR</b>	CENTRAL DE REGULAÇÃO
<b>CRAS</b>	CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
<b>CREAS</b>	CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
<b>DCN</b>	DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS
<b>DECS</b>	DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
<b>DIRES</b>	DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE
<b>EACS</b>	ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
<b>EqAB</b>	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
<b>EqSF</b>	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
<b>ESF</b>	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
<b>IBGE</b>	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
<b>MS</b>	MINISTÉRIO DA SAÚDE
<b>NOAS</b>	NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
<b>NOB</b>	NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS
<b>NRS</b>	NÚCLEO REGIONAL DE SAÚDE
<b>NUPISC</b>	NÚCLEO DE PESQUISA INTEGRADA EM SAÚDE COLETIVA
<b>OMS</b>	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
<b>OPAS</b>	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
<b>PACS</b>	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
<b>PEC</b>	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO CIDADÃO
<b>PIUBS</b>	PROGRAMA DE INFORMATIZAÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
<b>PMAQ-AB</b>	PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
<b>PNAB</b>	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
<b>PNH</b>	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
<b>PRONATEC</b>	PROGRAMA NACIONAL DE ACESSO AO ENSINO TÉCNICO E EMPREGO
<b>PROVAB</b>	PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA
<b>PSF</b>	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
<b>PT</b>	PROCESSO DE TRABALHO
<b>PTG</b>	PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL
<b>PTS</b>	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE
<b>RAS</b>	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
<b>SMS</b>	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>SUS</b>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<b>SUS</b>	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
<b>TCLE</b>	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
<b>TM</b>	TRABALHO MORTO
<b>TV</b>	TRABALHO VIVO
<b>UBS</b>	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
<b>UEFS</b>	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
<b>UFRB</b>	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
<b>UNICEF</b>	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA
<b>USF</b>	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Regiões de Saúde da Bahia.	51
FIGURA 2	Sistemática de coletas de dados por meio de entrevista	60
FIGURA 3	Fluxograma do desenvolvimento da análise de conteúdo temática	65

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Levantamento das produções científicas da BVS e Portal Periódicos CAPES acerca da temática Gerência, Atenção Primária à Saúde e Trabalho no Brasil, publicadas entre 2011 e 2016. Brasil, 2018.	21
QUADRO 2	Distribuição, segundo Merhy(2002), das teses acerca do cotidiano do trabalho e das tecnologias em saúde.	30
QUADRO 3	Distribuição das competências no trabalho do gerente, segundo Custódio e outros (2013).	48
QUADRO 4	Lista combinada de competências individuais para o sucesso gerencial	49
QUADRO 5	Serviços e Estabelecimentos de Saúde em Feira de Santana- Bahia, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Jan-2018.	52
QUADRO 6	Distribuição das Unidades de Saúde da APS da sede de acordo com a localização nas Regiões Administrativas I, II, III, IV, V. Feira de Santana – BA. 2018	54
QUADRO 7	Síntese das entrevistas dos Gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde. Feira de Santana-BA. Set – Dez 2017.	64
QUADRO 8	Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos gerentes de Unidades de Saúde de APS. Feira de Santana – BA. Set – Dez 2017.	69
QUADRO 9	Características das competências gerenciais dos gerentes <i>versus</i> competências Modelo genérico de Mintzberg (2011a)	75
QUADRO 10	Tipos de gerentes de US da APS local. Feira de Santana/BA, Set-Dez.2017.	77

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Cobertura populacional por Unidades de Saúde da APS. Feira de Santana-BA. Ano 2007-2017	56
GRÁFICO 2	Número de equipes de Saúde da Família (EqSF) e cobertura populacional por EqSF. Feira de Santana-Bahia. Ano 2007-2017.	56

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	15
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	25
2.1	CONCEPÇÕES SOBRE TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	22
2.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	34
2.3	O TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	42
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	50
3.1	TIPO DE ESTUDO	50
3.2	CAMPO EMPÍRICO	51
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	58
3.5	SISTEMÁTICA NA COLETA DE DADOS	60
3.6	MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	62
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	66
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	68
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL DOS GERENTES DE UNIDADE DE SAÚDE DA APS LOCAL	68
4.2	A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS E CONTEXTOS.	72
4.2.1	Os elementos constitutivos do Processo de Trabalho de Gerencial em Unidade de Saúde da APS	72
4.2.2	O Processo de Trabalho de gerentes de US da APS frente aos contextos político, técnico, organizacional e relacional	89
4.3	O AGIR DOS GERENTES DE UNIDADE DE SAÚDE: LIMITES E POTÊNCIA PARA O FORTALECIMENTO DOS ATRIBUTOS DA APS LOCAL	116
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	141
	<b>REFERÊNCIAS</b>	146
	<b>APÊNDICES</b>	168
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	169
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	171
	APÊNDICE C-FOLHA DE REGISTRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	173
	APÊNDICE D-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	174
	<b>ANEXOS</b>	175
	ANEXO A – TERMO DE ACEITE DO CAMPO DE PESQUISA	176
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	177

## 1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O Processo de Trabalho (PT) de gerentes<sup>1</sup> de Unidades de Saúde (US) da Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma prática complexa, permeada por diferentes atores sociais<sup>2</sup> e contextos. Esse processo de trabalho, envolve as necessidades, perspectivas e ações da população adscrita, da equipe multiprofissional e dos gestores locais de cada município e é construído no cotidiano das US, em meio aos contextos político, social, cultural e econômico de cada lócus, contribuindo para a existência de diferentes dinâmicas de gerência em saúde.

Os conceitos de gestão e gerência tem sido usados como semelhantes quando consideramos a generalidade atribuída aos termos. Desse modo, de acordo com o dicionário *online* Michaelis (2018), gestão é “ato de gerir ou administrar” e gerência é definida como “ato de gerir; gerenciamento”. No entanto, quando estes termos são apresentados como distintos e aplicados ao campo da saúde, gestão é relacionado ao ato de gerir que se desenvolve no plano das organizações e sistemas de saúde, enquanto, gerência é relativa ao ato de gerir que se acontece nas unidades, serviços ou equipes (TRALDI, 2015).

Essa dicotomia quanto a aplicação dos conceitos de gestão e gerência em saúde foi vivenciada na nossa prática, como enfermeiras, demonstrando que quando esses termos são pertinentes ao modelo de atuação em um determinado lócus, gestão faz referência ao âmbito de tomada de decisões das instâncias superiores como as Secretarias de Saúdes, Coordenação da Atenção Primária, Diretoria hospitalar e outros, relacionada às ações e atividades desenvolvidas por aqueles que assumem o trabalho como gestores. No entanto, ao fazer menção a gerência, essa está relacionada às instâncias subordinadas à gestão, com ações e atividades realizadas por aqueles que assumem o trabalho de gerentes em um contexto específico, como é o caso das US da APS, representadas neste estudo pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Por entendermos que essa lógica é marcada por uma concepção hierárquica, é tipicamente visível do modelo clássico de administração, e que a mesma pode limitar as possibilidades de discussão acerca dos arranjos, processos e ações que ocorrem nos serviços

---

<sup>1</sup> Neste trabalho utilizaremos o termo “gerente” quando nos referirmos aos trabalhadores da saúde que se responsabilizam pelas ações gerenciais nas US da APS local, ressaltamos que no município pesquisado este termo é comumente utilizado no dia-a-dia dos serviços de saúde.

<sup>2</sup> Consideramos **atores sociais** neste estudo a população adscrita, a equipe multiprofissional e os gestores municipais, aqueles que segundo Fleury e Ouverney (2012) estão envolvidos direta ou indiretamente nas relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas nas áreas da saúde, previdência e assistência social, além de campos como a educação, habitação e outros.



de saúde, optamos por não diferenciar os termos gerência e gestão, assim, serão entendidos com o mesmo significado e usaremos o termo gerência para desenvolver as discussões, salvo quando os autores referenciados o fizerem.

Por conseguinte, adotamos o postulado teórico de Mintzberg (2010) por fazer referência à prática cotidiana do trabalho, independente das características do locus de ação e da lógica hierárquica existente.

Para Mintzberg (2010, p.139) “não existe dois trabalhos gerenciais iguais, nem mesmo dois dias iguais da mesma pessoa no mesmo trabalho”, pois o trabalho gerencial expressa uma prática que conjuga o conhecimento científico (ciência), a habilidade prática adquirida no dia a dia de trabalho (experiência) e a visão e capacidade criativa (arte) daqueles que estão envolvidos no processo de execução de tal atividade.

É com base nessa concepção que quando nos referirmos a gerência de US da APS estaremos falando sobre as práticas dinâmicas, baseadas na ciência, na arte e na experiência adquirida diariamente por indivíduos, que interagem com diferentes atores sociais, nos espaços das US da APS, a saber as USF e UBS.

No Brasil, a política de Atenção Primária (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) é denominada Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2007a, 2012a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; FRACOLLI ET AL., 2014), entretanto, neste trabalho utilizaremos o termo Atenção Primária Saúde (APS) como referência para discussão do PT de gerentes de US da APS, ou seja, dos serviços e ações da AB no Brasil (GIL, 2006; ANDRADE, BUENO, BEZERRA, 2012; ASSIS, 2015; BRASIL, 2007a, 2012a, 2015), uma vez que, o Ministério da Saúde (MS) a reconhece como uma estratégia de organização do SUS, regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), composta por vários modelos de cuidados primários, com destaque para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2015, 2017a).

Entendemos a APS como uma estratégia de ligação do usuário-cidadão com o Sistema Único de Saúde (SUS), destinada a ser resolutiva de demandas comuns de saúde, apoiando os níveis de assistência (nível primário, secundário e terciário), por seu caráter capilar, sua capacidade de reconhecer e intervir sobre os desafios sanitários atuais e a possibilidade de estabelecer relações de proximidade com a comunidade.

Assim, as US da APS, constituem um importante âmbito de desenvolvimento das ações de saúde no SUS, principalmente, na esfera municipal. Segundo Bazzo-Romagnoli et al (2014), o fato de ser atribuído aos municípios a tomada de decisões e ações exigiu, e ainda exige, mudanças na organização da saúde. Neste sentido, o PT e a atuação de gerentes de US que ocorrem no dia-a-dia dos municípios podem influenciar essas unidades de governo, por

intermédio de diferentes sujeitos, a estruturarem uma ampla rede de serviços de saúde fortalecendo ou não os atributos da APS frente aos contextos aos quais se insere, introduzindo nesse campo de atuação indivíduos, que chamaremos de ‘Gerentes de Unidades de Saúde da APS’.

As Teorias Administrativas, Científica de Taylor em 1911 e Clássica de Fayol em 1916 (MATO; PIRES, 2006) defendem uma concepção da racionalidade instrumental; “determinam” que o trabalho gerencial é destinada a controlar e a atender aos objetivos das organizações com eficiência e eficácia, mediante o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar. Elas tem sido criticadas por representar um modelo de gerência que pode ser limitante, e que muitas vezes, torna-se incapaz de acompanhar e dar resposta às diferentes dinâmicas que surgem no âmbito do Processo de Trabalho Gerencial (PTG).

Contudo, Servo (2011) critica tais teorias, afirmando que elas são tendenciosas e manipuladoras, pois as funções administrativas estão enraizadas na organização social e técnica do trabalho em saúde e negam as potencialidades, a criatividade e a possibilidade dos trabalhadores inovarem e recriarem o modo de agir e fazer no trabalho. E, por esse motivo, essas teorias necessitam estabelecer uma relação mais abrangente entre a administração em si e o processo de trabalho em saúde.

Por conseguinte, compreendemos e defendemos a ideia de que o PTG no campo da APS se constitui em atividade direcionada para a ação, com ritmo próprio, não limitada pela concepção estanque e sequencial do processo administrativo clássico, mas, sim, permeada pela participação dos gerentes de US da APS e dos diversos atores sociais (população adstrita, equipe multiprofissional, gestores locais) nas situações dinâmicas, em constante transformação que ocorrem no dia-a-dia das US e que influenciam nos atributos da APS.

Ademais, o Processo de trabalho de gerentes de US da APS pode ser visto sob diferentes óticas e envolve tanto aspectos macropolíticos (campo das objetividades, conjunto de elementos instituídos, as normas, o funcionamento e assuntos normativos da administração de serviços de saúde) como questões micropolíticas (relações de subjetivação estabelecidas entre os sujeitos que participam de um determinado processo, repercutindo na execução de determinada atividade) do processo de trabalho em saúde (PTS) (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2007; SOUZA; ROZEMBERG, 2013; PEZZATO, L’ABBATE; BOTAZZO, 2013; ROMAGNOLI, 2016).

O PT pode ser compreendido como uma “... atividade orientada a um fim, apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do

metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana ...” (MARX, 2011, p.335)

Segundo Peduzzi e Schraiber (2009, s/p.), o PTS representa “... à prática dos trabalhadores/profissionais<sup>3</sup> de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”. Ele é constituído, de acordo com Mendes–Gonçalves (1992), por elementos como o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, os quais interagem nos diferentes contextos em que estão inseridos e dão dinamicidade ao trabalho em saúde.

No âmbito das US da APS, encontramos muitas diversidades e necessidades específicas, no que se refere a subjetividade, as diferenças socioeconômica e culturais, a estrutura e organização dos serviços e os conhecimentos teórico-prático exigido para atuação como gerentes de US.

Na realidade brasileira o cargo de gerente de US não tem sustentação no plano de cargos e salários dos trabalhadores de saúde que se responsabilizam pelo desenvolvimento de ações gerenciais e conseqüentemente, pelas necessidades individuais e coletivas dos usuários e demais trabalhadores de saúde que compõem a equipe de saúde. Portanto, sabendo que os gerentes de US da APS atuam em lócus heterogêneos, é que reconhecemos a importância de integrar tais espaços, indivíduos que assumam a gerência não apenas como um *status*, mas que adotam uma postura ativa em prol do fortalecimento da APS, principalmente no que se refere aos seus atributos essenciais como a atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e seus atributos derivados dentre eles a orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD,2002; MENDES, 2015).

Na PNAB (BRASIL, 2006a; 2012a), não identificamos a clara definição de gerentes de US da APS, e são destacados apenas as ações gerenciais como atribuições comuns aos profissionais da equipe. Entretanto, com a revisão de diretrizes da PNAB, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, observamos modificações acerca do organização e funcionamento das US da APS, além da inclusão do Gerente de Atenção Básica (AB) com o “objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do PT nas UBS, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita” (BRASIL, 2017a, p.24). Compreendemos que a referida Portaria apesar de acrescentar o trabalho de Gerente de Atenção Básica, deixa lacunas quanto à formalização,

---

<sup>3</sup> Entre os atores sociais que desenvolvem o trabalho em saúde, estão profissionais com formação na área de saúde (profissionais de saúde) e outros necessários às atividades para apoio e manutenção das organizações (trabalhadores da saúde) (VERGÍLIO, 2015, p.71).

definição do cargo e do PT de gerentes. O que nos faz pensar sobre a fragilidade e o pouco entendimento acerca da importância desse processo de trabalho.

Diante desses contrassensos, concordamos que o trabalho gerencial desenvolvido necessita priorizar a qualidade da APS para superar a fragmentação do sistema de saúde (MENDES, 2011; CAMPOS, 2014), pois, sua fragmentação traz à tona obstáculos à plena constituição do SUS, uma vez que cada município tem autonomia para definir sua própria política de gerenciamento (CAMPOS, 2014).

Por conseguinte, a importância de estudar o trabalho dos gerentes de US da APS, é por considerarmos que as ações desenvolvidas nesse PT específico, contínuo e dinâmico (JESUS; SOUZA, 2014) tem potencial estratégico para operar mudanças na organização dos serviços de saúde, ainda marcado pela formalidade das Teorias Administrativas, em especial a Administração Clássica e Científica e assim poderia fortalecer os atributos da APS.

Ademais, o interesse por este objeto – processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da APS – foi também motivado pela vivência acadêmica no curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), entre 2008 e 2013, já que ao realizar práticas de componentes curriculares como Políticas de Saúde, Saúde Coletiva I e II, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde I e II, foi possível vivenciar a complexidade da gerência de US, na perspectiva da ESF.

Naqueles momentos, as práticas referentes a gerência tiveram uma influência na nossa formação profissional com reflexos a importância do trabalho do gerente, as micropolíticas desenvolvidas no âmbito da USF entre outros, os quais suscitaram a realização do estudo de conclusão de curso *O processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações* (JESUS, 2013) cujo objetivo foi analisar o gerenciamento nas USF de um município de médio porte, no recôncavo baiano.

O referido estudo sinalizou que o processo de gerir nos espaços das USF foi determinado por diferentes dinâmicas, seja pela ação de compartilhamento de responsabilidades, seja na forma de rotatividade a cada três meses entre enfermeiras (os) e cirurgiões dentistas. A gerência foi relacionada às etapas do processo administrativo clássico (planejamento, organização, direção, controle e avaliação); o planejamento se constituiu como instrumento de trabalho da gerência; e a influência da formação em saúde, mais especificamente em enfermagem, na assunção das funções gerenciais (JESUS; SOUZA, 2014).

Após a graduação em enfermagem (2013-2016) enquanto docente, ao ministrar o componente curricular *Gestão de Serviços de Enfermagem, Saúde Coletiva e Políticas*

*Públicas, Legislação e Saúde com Brasil*, no curso de Formação de Técnicos em Enfermagem, do Centro Territorial de Educação Profissional Portal do Sertão, no município Irará- Bahia, foi possível desenvolver discussões acerca da necessidade e da importância da incorporação dos conhecimentos acerca da administração dos serviços e ações de saúde. Contudo, nesse contexto, também refletimos que não se deve dissociar as necessidades do ponto de vista da estrutura e organização do sistema de saúde, das demandas das instituições, e dos profissionais de saúde, assim como devemos nos aproximar da realidade e das demandas dos usuários dos serviços para responder as mais diversas situações.

Atualmente, como discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, na UEFS desde 2016, membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPISC) buscamos ampliar os conhecimentos adquiridos e as experiências da vida acadêmica e profissional durante as vivências práticas e os estudos teóricos, tendo em vista, que gerência das US da APS pode ser entendida como um núcleo estratégico de intervenção para que possam ocorrer mudanças tanto no modo de produção das ações de saúde, como na forma de organização de serviços e práticas.

Ademais, ao buscarmos fontes teóricas a respeito do objeto de estudo, realizamos um levantamento na *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)*, no *Portal de periódicos CAPES* e na base de dados *Scielo*, utilizando como descritores em ciências da saúde (DECS) os termos *gerência; atenção primária à saúde; trabalho*, em produções científicas publicadas no período de 2006 a 2017.

Inicialmente identificamos 245 trabalhos publicados aos quais foram aplicados critérios de seleção referente ao ano de publicação (2006 a 2017), local de estudo (*Brasil*), artigos disponíveis, revisados aos pares e idioma (*português, inglês, espanhol*), resultando na pré-seleção de 103 publicações. Após a leitura de título, palavras chaves e resumo dos artigos foram excluídos 97 estudos por não atenderem aos critérios de seleção e por serem duplicados nas bases de dados. Tais artigos versavam sobre gerência de ações no controle de doenças e agravos, gestão de sistema de saúde, avaliação da qualidade de serviços, acesso à serviços de saúde, apoio institucional e co-gestão, gerenciamento de sistemas de informações, trabalho em equipe e gestão de recursos humanos.

Mediante tais critérios de exclusão, compuseram este estudo seis publicações, sendo quatro trabalhos de abordagem qualitativa e dois de abordagem quantitativa, que versavam acerca da gerência em Unidade de Saúde da APS, publicadas no período de 2011 a 2016, apresentados no **quadro 1**, a seguir.

**QUADRO 1** Levantamento das produções científicas da BVS e Portal Periódicos CAPES acerca da temática Gerência, Atenção Primária à Saúde e Trabalho no Brasil, publicadas entre 2011 e 2016. Brasil, 2018.

ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	SÍNTESE / CONSIDERAÇÕES
BRONDANI JUNIOR, D.A; HECK, R. M; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. <b>Revista de Enfermagem da UFSM</b> , v. 1, n. 1, p. 41-50, jan. 2011.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo qualitativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A <b>assistência e gerenciamento</b> são consideradas funções <b>dicotômicas</b></li> <li>• As <b>atividades gerenciais</b> são identificadas como <b>desvio do cuidado</b> ao usuário</li> <li>• Identificou-se o <b>despreparo</b> dos profissionais para assumir a <b>trabalho gerencial</b></li> </ul>
CARVALHO, B. G. et al . Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. <b>Rev. esc. enferm. USP</b> , São Paulo , v. 48, n. 5, p. 907-914, Oct. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo transversal descritivo, de abordagem quantitativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predomínio de <b>gerentes do sexo feminino, enfermeiras e pós-graduadas.</b></li> <li>• Em <b>municípios de pequeno porte</b> prevalece profissionais com <b>menores salários e pouca experiência.</b></li> <li>• Os <b>instrumentos gerenciais</b> são <b>pouco utilizados</b> nos pequenos municípios para a organização e gestão do trabalho</li> <li>• Recomenda a <b>formulação de políticas</b> orientadoras pela esfera federal e estadual em apoio aos pequenos municípios, para <b>fortalecimento do trabalho gerencial</b></li> </ul>
SALES NC, SILVA MGC, PINTO FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de Centros de Saúde da Família. <b>Rev Bras Promoç Saúde</b> , Fortaleza, 27(3): 389-397, jul./set., 2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo quantitativo, descritivo e analítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maioria dos <b>gerentes</b> são <b>mulheres</b>, com mais de 45 anos, <b>graduadas em Enfermagem e especialistas</b>, com <b>experiência anterior em área administrativa.</b></li> <li>• As <b>competências</b> mais frequentes foram: <b>tecnologias leves, gerência de materiais, aceitar diferenças e trabalho em equipe.</b></li> </ul>
XAVIER-GOMES, L. M. et al . Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. <b>Trab. educ. saúde</b> , Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 695-707, Dec. 2015 .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitativo pautada na fenomenológica sociológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfação do <b>enfermeiro</b> pela <b>falta de reconhecimento</b> do seu <b>trabalho</b> assistencial e gerencial</li> <li>• Destaca a importância de <b>fortalecer a ação gerencial</b> do enfermeiro</li> <li>• Aponta a necessidade de <b>construção da autonomia</b> no contexto da <b>atenção primária à saúde</b></li> <li>• Indica a <b>gestão de pessoas</b> como importante <b>ferramenta</b> para articular o trabalho em equipe.</li> </ul>
NUNES, E.F.P.A et al . Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. <b>Interface (Botucatu)</b> , Botucatu , v. 20, n. 58, p. 573-584, Sept. 2016 .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo qualitativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da <b>trabalho gerencial</b> pelo <b>enfermeiro</b> de <b>maneira informal</b> com <b>modelo gerencial verticalizado e autoritário</b></li> <li>• <b>Fragilidade</b> no exercício da <b>trabalho gerencial</b> frente à <b>autonomia</b> e ao <b>corporativismo</b> de profissionais, além de processos gerenciais <b>pouco desenvolvidos</b></li> <li>• Influência de <b>interesses político-partidários</b> sobrepõem-se às decisões gerenciais</li> <li>• <b>Conflito</b>, com <b>desrespeito e disputas</b> Vs. <b>colaboração</b>, com <b>diálogo</b> e <b>trabalho em equipe.</b></li> <li>• Necessidade de <b>profissionalização e oficialização</b> do cargo e desenvolvimento de <b>educação permanente.</b></li> </ul>
SILVA, R.N.A et al. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. <b>Ciência &amp; Saúde</b> , jan.-abr. 2016, Vol.9(1), pp.21-29.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo avaliativo, com abordagem qualitativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O <b>gerenciamento</b> é um <b>dispositivo essencial</b> relacionado às práticas de <b>organização e supervisão</b> do trabalho.</li> <li>• Grande <b>relevância</b> a realização do <b>planejamento</b> na UBS</li> <li>• As <b>competências gerenciais</b> necessárias ao enfermeiro indicaram a <b>liderança, o poder de comunicação e atualização</b> de conhecimentos obtidos nas especializações</li> <li>• As <b>facilidades</b> foram a <b>participação da equipe, a autonomia dentro da UBS e o apoio</b> fornecido pela Coordenação da APS e VIEP do município.</li> <li>• As <b>dificuldades</b> englobaram o <b>relacionamento com a equipe, a escassez de recursos materiais e a falta de tempo</b> ocasionado pela sobrecarga de atividades.</li> <li>• As <b>atividades gerenciais</b> realizadas na Unidade Básica de Saúde, destacaram-se a <b>realização das escalas dos técnicos e vigilantes, frequência dos profissionais, controle e pedido de materiais, medicamentos e vacinas</b>, além do <b>planejamento assistencial.</b></li> <li>• As <b>ações gerenciais</b> estão <b>de acordo</b> com as propostas pelo <b>Ministério da Saúde</b>, contudo <b>há necessidade</b> em, <b>organizar as atividades e compartilhar decisões</b> e responsabilidades</li> </ul>

FONTE: Elaborado pela autora

Em síntese, esses estudos abordam a assunção das funções gerenciais de maneira informal por profissionais com formação superior em enfermagem. O trabalho gerencial se configura como uma atividade burocrática, pouco reconhecida, realizada por pessoas com pouca experiência, com baixa remuneração, apesar de ser um dispositivo essencial para a organização do trabalho. No entanto, nele predominam fragilidades, dentre elas, a falta de autonomia, influência político partidária no processo de tomada de decisão, falta de recursos materiais, presença de conflitos e disputas entre os envolvidos, pouco uso dos instrumentos gerenciais, assim como desarticulação entre as práticas de cuidados e de gerência.

Essa indissociabilidade das atividades de assistência e gerência, defendida por Leal (2016), ao afirmar que dentre os trabalhadores da saúde, somente a(o) enfermeira(o) tem duplo objeto que se refere a singularidade do seu trabalho, que são as atividades na dimensão assistencial, mas também o seu papel na dimensão gerencial. Ressaltamos que apesar de não termos utilizado as palavras *enfermeira/enfermagem*, na busca de dados, todos os estudos identificados abordam o processo de trabalho gerencial na perspectiva do trabalho da(o) enfermeira(o). Consideramos que tal fato está relacionado a assunção de atividades gerenciais das US da APS, principalmente de USF, por tais profissionais.

Outrossim, os estudos ressaltam como possíveis soluções à profissionalização e oficialização da gerência, assim como a elaboração de políticas destinadas ao trabalho, o compartilhamento de decisões e responsabilidade entre os envolvidos, o desenvolvimento de atividades de educação permanente e a articulação entre universidades e gestores para repensar a formação da gerência.

Assim sendo, como base no aporte da literatura, nas vivências práticas como profissional de saúde, como discente de graduação e do mestrado e como docente, além da realidade de outros contextos no Brasil, o objeto deste estudo – processo de trabalho de gerentes de US da APS – busca trazer à tona aspectos relacionados aos elementos constituintes do PTG, as ações e organização do trabalho de gerentes de US da APS nos contextos político, organizacional, relacional e técnico além das atividades e participação dos gerentes no cenário da APS e entendemos que o trabalho de gerentes de US da APS se desenvolve num cenário que sofre influência do *contexto político* integrado às questões de articulações com diferentes instâncias de poder, a tomada de decisão entre os diferentes sujeitos e a autonomia dos gerentes de US da APS em relação às ações desenvolvidas e ocorridas no dia a dia de trabalho, do *contexto organizacional* que contempla a importância da estruturação do serviço para atender as demandas apresentadas pelos usuários, tendo em vista o nível de capilaridade das unidades de saúde da APS, indicando-os como “porta de entrada” preferencial dos

usuários-cidadãos no sistema de saúde, do *contexto relacional* em que são destacados os aspectos da integração e do trabalho em equipe, marcado pela subjetividade dos sujeitos e pela compreensão de cada um deles acerca do trabalho e do processo saúde –doença (NUNES et al.,2016), e do *contexto técnico* em que são visualizadas as competências, as habilidades, o compromisso, além da formação profissional de cada trabalhador da saúde com as vivências nas US da APS (PASSOS,CIOSAK,2006; MIRANDA,2007).

Desse modo, apresentamos como **questão norteadora** deste estudo: como acontece o processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde, em um município do Estado da Bahia.? Tendo os seguintes objetivos: **objetivo geral** analisar o processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde no município de Feira de Santana-Bahia e **objetivos específicos** compreender os contextos político, organizacional, relacional e técnico no processo de trabalho de gerentes de US da APS e descrever os limites e possibilidades do PT de gerentes da US na perspectiva dos atributos da APS local.

Elaboramos, como **pressuposto teórico** deste estudo: O processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde se constitui em prática dinâmica e contínua, que envolve diferentes atores sociais, composto por elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, sofrendo influência dos contextos em que se encontra inserido mediante os limite e/ou potência para fortalecimento dos atributos da APS.

Este estudo torna-se relevante na medida em que poderá subsidiar a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana no fortalecimento da prática do gerente na APS e contribuir para análise do processo de trabalho gerencial, para o desenvolvimento de uma outra lógica de pensar e fazer saúde, além de colaborar para a ampliação e melhoria na área de gestão e gerência de serviços de saúde, com a finalidade de repensar as práticas desenvolvidas e dar visibilidade à APS como uma estratégia de organização do sistema de saúde. Além disso, poderá contribuir para a elaboração de produções científicas, na perspectiva do PTG na APS.

Outrossim, do ponto de vista de contribuições no campo do conhecimento, sendo o município o local onde se insere a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e outras instituições que são centro formadores de recursos humanos para atuação no Sistema de Saúde,consideramos a necessidade de se articular nesses espaços estudos e ações que ajudem a formação de profissionais para atender as demandas do SUS, principalmente, aquelas relacionadas a gerência de US da APS, além de analisar como o contexto sócio-político-



cultural tem influenciado na determinação das dinâmicas de gerência e para o fortalecimentos dos atributos da APS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item, apresentamos o aporte teórico, os argumentos, opiniões e ideias que são defendidos e/ou criticados pelos pesquisadores.

Este tópico é composto por três sub itens, em que são discutidos os principais postulados teóricos sobre trabalho e processo de trabalho em saúde, Atenção Primária à Saúde e trabalho de gerentes na APS.

### 2.1 CONCEPÇÕES SOBRE TRABALHO E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Nos últimos dois séculos diferentes concepções de trabalho tem sido foco de reflexões teóricas. Concepções que foram construídas historicamente com base nas mudanças na produção e organização da sociedade no que se refere às questões econômicas, ideológicas e políticas. Desse modo, são admitidas a coexistência de ideias divergentes sobre o trabalho, principalmente quando se considera as constantes transformações na sociedade (BORGES, 1999; ARAUJO; SACHUK, 2007; BORGES; YAMAMOTO, 2014).

Fazendo um resgate histórico acerca dessas concepções, Borges e Yamamoto (2014) descrevem a coexistência de quatro concepções já consolidadas (**clássica, capitalista tradicional, marxista e gerencialista**) e duas ainda em construção no mundo do trabalho (**ética do lazer e trabalho como laço social**), caracterizadas a seguir segundo suas concepções:

**Clássica** tem influência da Filosofia; remete ao contexto da antiguidade e ao regime de trabalho escravo; é restrita ao trabalho braçal; descreve o trabalho como degradante, inferior, desgastante, duro e realizado sob força e coerção.

**Capitalista tradicional** é associada ao ideal da economia clássica (liberal) e ao protestantismo; o trabalho passou a ser glorificado, exaltava o sucesso econômico-financeiro; o trabalho duro se tornou fonte de abundância ao descrever o trabalho como mercadoria - atraente pelos resultados- ; o associa à administração clássica; é planejado e concebido por diferentes especialistas e gerentes; realizado de forma disciplinada, simplificada, parcelada, padronizada, estritamente supervisionado, exigindo obediência, subordinação e poucos requisitos do trabalhador, com exercício do poder sob a forma de coerção, controle das recompensas e domínio do saber.

Ressaltamos que a economia clássica (liberal) se consolidou com o desaparecimento da escravidão; o livre contrato se tornou realidade e o regime de trabalho assalariado predominante, trazendo a necessidade de persuadir o empregado a trabalhar. No contexto do surgimento do capitalismo, concorrência de mercado, surgimento do contrato de trabalho (emprego) (BORGES,1999).

**Marxista** tem como base o surgimento e a oposição entre as classes capitalista e proletária; defende o trabalho como fonte de expressão e produtor da identidade do homem, o qual deve ser recompensado de acordo com as suas necessidades; é um trabalho dignificante, de controle coletivo e protegido pelo Estado; critica a ideia de trabalho proposta pelo capitalismo tradicional, considerando- o alienante, exploratório, humilhante, monótono, repetitivo, discriminante, embrutecedor e submisso.

**Gerencialista** surge no intuito de reagir a concepção marxista; tomando como base a abordagem *keynesiana* da economia; enfatiza o progresso econômico e assim, o trabalho é visto como mercadoria, provedor de renda, assistência e bem estar social; é protegido pelo Estado, provedor de relações; o associa à corrente administrativa das relações humanas e da Psicologia Organizacional, sustentado no taylorismo-fordismo, descrito como pobre de conteúdo, mecanizado, segmentado, mecânico, que troca má qualidade por recompensa.

A abordagem *keynesiana* da economia se designa comumente de Estado do Bem-estar (*Welfare State*), de Estado-Providência, de compromisso *keynesiano* ou, ainda, compromisso fordista (BORGES; YAMAMOTO, 2014, p.42). A definição de *welfare state* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa “harmonia” entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente(GOMES, 2006, p.203).

A teoria das Relações Humanas surgiu da crítica à Teoria da Administração Científica e a Teoria Clássica, porém o modelo proposto não se contrapõe ao taylorismo. Combate o formalismo na administração e desloca o foco da administração para os grupos informais e suas inter-relações, oferecendo incentivos psicossociais, por entender que o ser humano não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas (MATO; PIRES,2006, p. 509).

A Psicologia Organizacional tem como ênfase a produtividade das empresas, ampliando o foco de atuação no trabalho com grupos (ZANELLI; BASTOS; RODRIGUES,2014, p.558).

O taylorismo-fordismo são abordagens fundamentadas nas teoria Científica de Taylor (produtividade, racionalização do trabalho, disciplina, hierarquização, remuneração) e nas ideias de Henry Ford, de 1913, ao destacar a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levando a desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho. (MATO; PIRES, 2006, p.509). Essas abordagens integrativas (taylorismo e fordismo) renovaram e/ou reafirmaram a concepção capitalista tradicional do trabalho, negando os antagonismos de classe fundamentada na obra marxista (MOTTA; YAMAMOTO, 2014, p.39).

Já a concepção **Ética do lazer** defende que o trabalho é instrumental, igual, horizontal, instável, individualizado, excludente, leve com base na alta tecnologia; preza a redução da carga de trabalho, valorizando o prazer fora do trabalho pelo consumo ou atividades de lazer.

E por fim, a concepção **Trabalho como laço social** que expressa as características humanas; satisfaz as necessidades básicas; requer horizontalização das estruturas organizacionais e a participação; valoriza o avanço tecnológico; é um trabalho digno, sistematizado, instável, flexível, com potencial para instituir a luta democrática.

Com o intuito de elucidar como o trabalho pode também ser compreendido como um processo, visitamos a concepção de Karl Marx (2011), tomando-o como base para desvendar o PTS, discutido por Mendes-Gonçalves(1992).

Para Marx (2011) o trabalho não deve ser compreendido apenas como uma atividade, mas como uma prática que estabelece relação entre o homem e o mundo em um processo de mútua produção. Ademais, o trabalho ‘produz’ o homem e o homem é também a fonte do trabalho, pois ele atua no ambiente através da criação, configurando o momento da existência e expressão do trabalho.

Quando Marx, em *O Capital*, definiu trabalho como um processo e indicou a necessidade de interação do homem e da natureza para a existência do mesmo, nos permitiu entender que o trabalho está presente em todas as situações da vida do ser humano e que o Processo de Trabalho em Saúde, representado aqui por gerente de Unidades de Saúde da APS, atua de modo que põe “[...] em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil, [...] modificando-a, e ao mesmo tempo [*modificando*] sua própria natureza” (MARX, 2011, p.327 ). [*grifo nosso*]

Como resultado dessa interação o Processo de Trabalho é constituído por elementos como **próprio trabalho** - a atividade adequada a um fim -, o **objeto de trabalho** - a matéria a

que se aplica o trabalho - e o **instrumental de trabalho** - os meios de trabalho - (MARX, 2011).

No Brasil é possível observar a coexistência das diversas concepções em diferentes campos de trabalho - saúde, educação e outros -, desde as mais antigas até as contemporâneas (BORGES; YAMAMOTTO, 2014).

Já o Trabalho em Saúde corresponde às práticas cotidianas desses profissionais relacionadas à produção e consumo de serviços de saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). No Brasil, os primeiros estudos acerca da temática PTS são atribuídos a Cecília Donnangelo, em 1975 e 1976, a partir de suas investigações com base na Sociologia sobre a profissão e o trabalho médico, entretanto, é atribuída a Mendes-Gonçalves (1994) a formulação do conceito de PTS.

Isto posto, Ayres(2015) em um levantamento sobre a produção científica de Mendes-Gonçalves refere que a origem e desenvolvimento da discussão acerca da organização da Teoria do Trabalho em Saúde e do conceito de PTS, sofreu a influência do referencial marxista e sinalizando a contribuição do mesmo para a construção de aproximações ao estudo das práticas de saúde no Brasil. Outrossim, segundo Mendes-Gonçalves (1992), para compreendermos o trabalho em saúde como um processo é necessário reconhecer o conjunto de fenômenos que referenciam a utilização do termo “trabalho”, partindo de uma perspectiva do caminho abstrato para o concreto.

No percurso desse caminho abstrato para o concreto, a energia (algo, que existia antes) passa por uma transformação (outro algo, que há depois). Isso acontece, pois ambas foram reunidas em um único processo, não como uma causa natural ou espontânea (típica da natureza), mas sim, como uma ação intencional (ação do homem). Nesse sentido, o PT representa uma interação necessária para satisfazer um carecimento, ou seja, uma necessidade que surge vinculada a um objeto ou situação. Além disso, quando no PT observamos a interação da natureza (o todo) e do homem (uma parte do todo) implica que os homens constroem para fins próprios a sua história, utilizando as condições previamente dadas pelo todo, mediante o uso de instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A partir desta realidade compreendemos que no PTS estão presentes elementos como **objeto do trabalho** - elemento específico que possui qualidades para ser transformado -, **finalidade do trabalho** - projeto de trabalho, uma necessidade a ser suprida -, **instrumentos do trabalho** - forma como a energia é aplicada no trabalho para sintetizar o objeto, meio (coisas ou conjunto de coisas) utilizado para atuar sobre o objeto -, além dos **agentes do**

**trabalho** – sujeito da ação - (MENDES-GONÇAVES,1992), elementos estes que são aplicáveis e estão presentes no contexto do Processo de Trabalho Gerencial.

Ademais, Mendes-Gonçalves, também apresentou no campo do PTS, as tecnologias, em Tese de Doutorado, em 1986, publicada também em 1994 sob a forma de livro, *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*, em 1986, e em outras produções científicas como *Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica*, em 1988 (AYRES, 2015; SANTOS, 2016).

As tecnologias do PTS são apresentadas por vários conceitos, entretanto, explica que é preciso compreender a tecnologia como “... o conjunto de *saberes e instrumentos* que expressam, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 32).

Para Santos (2016), o conceito de tecnologia de Mendes-Gonçalves foi construído com base na sistematização de diversas abordagens conceituais, dentre elas tecnologia como algo dissociado do processo e da estrutura social, tecnologia como potência a ser utilizada pelo homem na sua ação transformadora, tecnologia como potência para produzir conhecimento científico, tecnologia como potência produtiva e racional para questões administrativas e organizacionais, além da tecnologia aos conceitos de eficácia, produtividade, eficiência e adequação.

O prosseguimento dos estudos acerca do PTS possibilitou a formulação de opiniões complementares vinculadas ao conceito apresentado por Mendes Gonçalves. Merhy (2002), mediante as formulações acerca da cartografia do trabalho em saúde, das tecnologias e da micropolítica do trabalho amplia a visão acerca da temática.

A partir da perspectiva de Merhy (2002) sobre o estudo do trabalho com base na cartografia concordamos que tal método de análise possibilitou o acompanhamento da construção e desconstrução do mundo do trabalho (ROLNIK, 1989; MERHY, 2002) e Neves (2008), fazendo uma reflexão a partir das ideias difundidas por Merhy (2002) em *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* ao apresentar que a cartografia do trabalho em saúde referente ao cotidiano das ações em saúde, os efeitos das tecnologias na reestruturação produtiva sinaliza a forma com as estratégias do acúmulo de capital tem força sobre a biopolítica das práticas de gestão e atenção em saúde.

Nessa lógica, Merhy (2002), em 17 teses, sintetiza o pensamento acerca do cotidiano do trabalho e das tecnologias em saúde, apresentado no **quadro 2**, a seguir

**QUADRO 2** Distribuição, segundo Merhy(2002), das teses acerca do cotidiano do trabalho e das tecnologias em saúde.

Teses 1	O trabalho tem ação intencional de buscar a produção de bens/produtos, que funcionam como objetos, os quais podem ser duros ou simbólicos para satisfazer necessidades.
Tese 2	A ação intencional do trabalho é manifestado pelo trabalho vivo em ato, por meio de instrumentos que transformam propositalmente um objeto previamente já idealizado. Nesse processo, o trabalho em si é o trabalho vivo em ato e os instrumentos e organização da ação é o trabalho morto.
Tese 3	O modo de o trabalho vivo em ato realizar a captura do “mundo” como seu objeto é vinculado ao modo como o trabalho vivo que o antecedeu, e que agora se apresenta como trabalho morto, atua como um determinado processo de produção também capturante, mas agora do próprio trabalho vivo em ato, e que se expressa como um certo modelo de produção.
Tese 4	O trabalho vivo em ato pode funcionar como estratégia política, dominando e salvaguardando territórios e como máquina desejante capaz de construir e fortalecer um certo mundo dentro de si.
Tese 5	No trabalho possuir instrumentos e pedaços da natureza, tomando-os como ferramentas e objetos, significa ter tecnologia, ter saber. As máquinas- ferramentas representam tecnologias-equipamentos.
Tese 6	As máquinas-ferramentas são expressões tecnológicas duras das tecnologias do saber (leve-duras), que só tem racionalidade-instrumental intencional por meio do trabalho vivo em ato.
Tese 7	O trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato permanentemente, como acontece no trabalho em educação. É diferente de outros processos produtivos em que se faz presente o trabalho vivo em ato mediante o trabalho morto e o modo de produção.
Tese 8	O trabalho em saúde não pode ser apresentado exclusivamente pela lógica do trabalho morto (equipamentos e saberes tecnológicos estruturados), pois seu objeto não é totalmente estruturado e suas tecnologias de ação são mais estratégicas manifestado nas tecnologias das relações, de encontros de subjetividades, demandando certo grau de liberdade na forma de produzir ações.
Tese 9	As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas em: <b>leves</b> (tecnologias das relações como vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), <b>leve-duras</b> (saberes bem estruturados como clínica médica, psicanalítica, epidemiologia, taylorismo, fayolismo) e <b>duras</b> (equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais).
Tese 10	No trabalho em saúde, devem ser analisadas as razões instrumentais que os equipamentos estão constituindo e qual a intencionalidade para se fazer tal uso, por esse motivo, é importante avaliar o modo como o trabalho vivo em ato está operando, o uso das dimensões tecnológicas e o lugar que os usuários/trabalhadores/necessidades/intenções ocupam na rede de relações.
Tese 11	O trabalho vivo em ato é realizado com uso de tecnologias leves em duas perspectivas, de um lado como um modo de governar organizações, de gerir processos, construído seus objetos, recursos e intenções e de outro como uma forma de agir para produzir bens/produtos. Esse modelo de dimensão tecnológica caracteriza o modelo de atenção.
Tese 12	Para compreender os modelos tecnológicos e assistências de saúde, é preciso considerar como eixo de análise o processo de efetivação da tecnologia leve e seu modo de articulação com as outras
Tese 13	A tecnologia em saúde, pode demonstrar a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto e vice-versa, em diferentes modelos technoassistenciais em saúde, e até a configuração tecnológica de um certo processo produtivo em saúde
Tese 14	A concretização da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde pode ser expressa como processo de produção de relações entre sujeitos, principalmente do encontro com o usuário final, aquele que manifesta as suas necessidades de saúde intencionalmente.
Tese 15	É no encontro do usuário final com o trabalho vivo em ato que se manifestam componentes da tecnologia leve do trabalho em saúde. São eles: processo de relação expresso por práticas de acolhimento, vínculo, autonomização.
Tese 16	O uso da tecnologia das relações pode servir de mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção à saúde por ser capaz de mostrar as falhas do contexto do trabalho em saúde.
Tese 17	É preciso repensar a forma como se processa o trabalho vivo em ato na saúde, para abrir possibilidades de permitir a participação de diferentes sujeitos e tecnologias na gestão do processo de trabalho em saúde. Nesse processo de mudança podem ser incorporados outros campos de tecnologias que se articulam com o processo de “governar” organizações, pois nele se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, projetos e métodos.

**Fonte:** elaborada pela autora.

Em síntese, as teses de Merhy(2002) nos leva a compreender como a cartografia da teoria do trabalho em saúde e as tecnologias envolvidas configuram uma abordagem multifacetada, com capacidade transformadora sobre o modelo de atenção à saúde. No entanto, sem desconsiderar as reflexões presentes nas outras teses do autor, destacamos duas - tese onze e dezessete -, pois as mesmas vislumbram uma perspectiva sobre o governo dos estabelecimentos.

Na tese de número 11, Merhy explica que o trabalho vivo em ato manifesta-se com o uso de tecnologias leves, pois nele a tecnologia das relações funciona como estratégia e/ou instrumento para conduzir e caracterizar um modelo de atenção diferenciado. Contudo, visualizando as potencialidades trazidas pela efetividade do trabalho vivo em ato por meio dessa tecnologia relacional, o autor instiga, conforme a tese de número 17, repensar as lógicas determinadas e enraizadas no espaço da gestão do PTS para que sejam incorporadas no campo das tecnologias, novidades. Outrossim, mediante essa ideia, comungamos que as formas de executar o trabalho com foco no trabalho vivo em ato, pois elas poderiam ajudar na construção de um compromisso com os sujeitos individuais e coletivos envolvidos, além da oportunidade de revelar as discrepâncias no cotidiano dos serviços.

No sentido de esclarecer algumas nuances presentes no debate acerca do PTS, relembremos, a seguir, ainda conceitos que são importantes para compreensão da micropolítica do trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo (TV) em ato alude a ação em si do trabalho, é um trabalho criador. Esta forma de trabalho está relacionada ao fato do trabalhador agir no ato produtivo com liberdade, fortalecendo, principalmente, por meio das tecnologias leves, o seu agir produtivo. Associado ao TV encontramos o trabalho morto (TM), assim chamado porque todos aqueles produtos-meios ali envolvidos, sejam ferramentas ou matéria-prima, são resultados de um trabalho humano anterior, instituído nas máquinas e nos instrumentos, manifestando o uso de tecnologias leves duras e duras (MERHY,2002; FRANCO; MERHY, 2012).

As tecnologias relacionais que compõem o PT são as **tecnologias leves**, associadas as **tecnologias duras e leve duras**. Cada uma, de acordo com sua especificidade, representa por meio da distinção entre recursos materiais e saberes, uma complementação ao conceito apresentado anteriormente, e configuram diferentes modelos de atenção à saúde, como o modelo centrado nas ações médico-curativas e o modelo fundamentado na concepção de APS como estratégia de organização do SUS (SCHRAIBER; MOTA; NOVAIS, 2009; MERHY; FEUERWERKER, 2009; PAIM, 2012).



As **tecnologias leves** estão ligadas a produção de vínculo, a autonomia, ao acolhimento e ao ato de governar pessoas, organizações ou instituições. As **tecnologias leves duras** se relacionam aos conhecimentos e saberes já existentes para a construção de um olhar sobre o usuário a partir da apreensão do mundo e das necessidades identificadas, por fim as **tecnologias duras** se referem às máquinas e equipamentos (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Sobre a influência destas tecnologias no PTS, compreendemos que o TV e TM também são considerados saberes tecnológicos. Tais saberes quando relacionados, estabelecem a Composição Técnica do Trabalho, a qual engloba a relação entre o TM, capturado pela lógica estruturada, pelas normas, medidas rígidas e ações que regulam o trabalho e o TV, que ao reunir alto grau de liberdade, permite a liberdade e é conduzido pelos dispositivos como acolhimento e vínculo. A relação entre o TM e TV poderá influenciar o modelo assistencial que vigora nas instituições e organizações (MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2012). Além disso, nos espaços das organizações e instituições essas tecnologias em saúde precisam estar presentes na construção do contexto da micropolítica do PTS.

A micropolítica do PT representa um campo dicotômico, no qual o homem estratificado em um ser biológico, afetivo, social e político, se articula no seio dos processos sociais com condições de influenciar e ser influenciado por um complexo processo de escolhas sucessivas (GUATTARI; ROLNIK, 1996; FEUERWERKER, 2014). Nesse campo, são expressas as forças da subjetividade (GUATTARI, 1987), múltiplos fluxos e processos relacionais (DELEUZE; GUATTARI, 1996), assim como a tensão entre o instituído e o instituinte (FRANCO, 2006). Além disso, ela se torna um campo de criação na medida em que faz “aflorar a criatividade, as técnicas não estruturadas, os desejos, os afetos e os desafetos[...]” (PEZZATO; L’ABBATE; BOTAZZO, 2013, p. 2102).

Segundo Baremlitt (2002) o que caracteriza o instituído e o instituinte assim como, o que determina as organizações e as instituições são importantes para entendermos os processos nos quais essas forças estão envolvidas. Entre as formas de expressão da micropolítica, a tensão entre o instituído e o instituinte, tem permeado as relações existentes nas organizações e instituições (ROMAGNOLI, 2016). Nesse sentido, o instituinte

[...] é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante, revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las[...]. O *instituído* é o resultado da ação instituinte, [...] vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva, [...] tem uma tendência a permanecer estático e imutável, [...] tornando-se assim resistente e conservador. O instituído é o existente e o instituinte é o crítico do existente. As *instituições*, são árvores de decisões lógicas que regulam as

atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. [...] podem estar expressas em leis, normas ou hábitos. Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: da institucionalização. [*Por fim*], as *organizações* são as formas materiais nas quais as instituições se realizam ou "encarnam"[*grifo nosso*] (BAREMBLITT, 2002, p. 24/25).

A micropolítica no PTS, poderá estar presente seja no âmbito de uma organização ou seja de uma instituição, pois ali é possível estabelecer "... o encontro entre o usuário e os trabalhadores como parte dos cenários onde se realizam a produção do cuidado." (FRANCO; MERHY, 2012, p.153).

Por sua vez, Feuerwerker (2014), em sua produção científica *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*, fundamentada nos pensamento de autores clássicos como Foucault, Deleuze, Guattari, além da parceria intelectual com Emerson Elias Merhy, esclarece que o estudo da micropolítica em saúde é permeado por questões relacionados a

[...] produção de práticas democráticas, de sujeitos coletivos, com a complexidade da produção de mudanças, inclusive em relação ao que seriam efetivamente mudanças ou não, a convivência com as divergências e diferenças no interior de processos de luta política, as dinâmicas institucionais, a margem de liberdade e produção de governabilidade nos processos sociais (FEUERWERKER, 2014, p.18,19).

Diante desta compreensão, a micropolítica do PTS, pode representar uma forma de mudança desse PT (MERHY, 2002), pois nela esse agir cotidiano dos sujeitos (coletivo ou individual), por meio de projetos singulares, podendo influenciar o modo de produção das atividades laborais, de forma que, a micropolítica sob influência do "trabalho vivo em ato" cria uma realidade com potência instituinte, rica, dinâmica, não estruturada e de grande criatividade (MERHY, 2002; FRANCO, 2006).

Ainda no que se refere ao estudo do PTS e da influência da micropolítica, ressaltamos o aprofundamento das discussões quanto as perspectivas da autonomia profissional, ética e subjetividade do trabalho em saúde (SCHRAIBER, 1995; 1996); além das concepções sobre mudanças no mundo do trabalho e os seus efeitos sobre este processo (PEDUZZI, 2003).

Ao discutir aspectos acerca da autonomia profissional, ética e subjetividade do trabalho em saúde, Schraiber (1995; 1996) esclarece a ação do agente do trabalho no que diz respeito a sua relação com o ambiente de trabalho e com os sujeitos envolvidos. Tal relação é influenciada pela autonomia e liberdade desses agentes no processo de trabalho, fazendo

escolhas com base no exercício da subjetividade, e dos conhecimentos técnicos, na posição social e na sua concepção político ideológica.

Outra abordagem que aqui destacamos, é o contexto de mudanças no mundo do trabalho e os seus efeitos sobre o PTS, discutido por Peduzzi (2003). A autora debate o modo de operar o trabalho influenciado, principalmente, por ideais capitalistas e caracterizado pela produtividade e lucro, assim como expõe a forma como a aplicação dos recursos tecnológicos e a especialização do trabalhador para atuar de modo polivalente e multifuncional, junto a uma equipe no âmbito do trabalho, tem causado um impacto no processo de trabalho, que ainda precisa ser melhor compreendido, mas que certamente repercute nas mudanças organizacionais e gerenciais e nas inovações tecnológicas, incorporadas pelos serviços de saúde.

Logo, em meio a contextualização dessas mudanças no PTS, visualizamos as inovações relativas ao trabalho no âmbito da administração de serviços de saúde, mediante a descentralização da gestão e transferência das decisões e ações antes centralizadas nos níveis federal e estadual para a esfera municipal, transformando-a em um dos principais gestores da força de trabalho no SUS (CARVALHO, et al.,2013; PASSOS; CIOSAK,2006).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de APS apareceu pela primeira vez em 1920, no Relatório Dawson, indicando a possibilidade de organizar o sistema de saúde do Reino Unido de forma regionalizada, com hierarquia de níveis de complexidade e com delimitação geográfica (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011). Tomando como base a perspectiva de APS comum nos países em desenvolvimento, é possível apreender no contexto da estruturação do sistema de saúde brasileiro várias iniciativas em relação à APS. Lavras (2011), Arantes, Shimizu e Bezerra (2016) sinalizam que em 1920, o surgimento de Centros de Saúde Escola, em São Paulo marcou o início do desenvolvimento do modelo de APS no país.

Na década de 30 foram criados os Centros de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de implantar uma rede sanitária que defendia a concepção da saúde pública como função do Estado, o fortalecimento do poder de intervenção do governo central, a criação de um ministério e a estratégia da educação sanitária como redentora da saúde nacional. Os Centros de Saúde representavam uma evolução das teorias administrativas uma nova forma de

organização que passou a ser defendida, com muita ênfase, com base nas experiências bem-sucedidas nos Estados Unidos, sobre uma atuação de cunho mais regulador, vigente, em práticas dotadas de nova concepção, calçadas na educação, prevenção e profilaxia, de modo a criar uma nova consciência sanitária nos indivíduos e famílias. Essa concepção era a base central da atuação dos Centros de Saúde e exigia uma mudança organizacional na área da saúde pública (CAMPOS,2007).

Além disso, em 1932 o convênio com a Fundação Rockefeller, para intensificação das atividades de controle da febre amarela, estimulou, no Brasil, o surgimento do ensino e a pesquisa científica no campo da administração, com a criação do Instituto de Organização Racional do Trabalho (BRASIL,2017b).

Em 1940, foi realizada uma nova reforma da Saúde Pública Federal, orientada por Barros Barreto. Em 1942, um marco foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde. (BRASIL,2017b). Por conseguinte, por meio do decreto-lei nº 8.674, de 4 de fevereiro de 1942, foi aprovado o regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, que continha em sua estrutura os Serviços Nacionais de Lepra, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, Peste, Câncer, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Portos, Águas e Esgotos e Bioestatística. O Departamento Nacional de Saúde tinha como função estabelecer para os Estados normas e padronizações, para estimular a criação de estruturas permanentes de saúde pública, pois existia a preocupação em mapear a rede sanitária e também estabelecer o princípio da divisão distrital e monitorar o seu desenvolvimento em todo o território brasileiro (CAMPOS,2007).

Na década de 50 foi criado o Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 34.596/1953. Nesse período ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde, além de serem estabelecidas normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, determinando o dever do Estado e da família na defesa e proteção da saúde do indivíduo (BRASIL, 2017b). A presença e a formação de atores e instituições que comungavam com mudanças no sistema de saúde existente estava relacionado a questões como o desenvolvimento dos cursos de medicina preventiva a partir da década de 1950, os quais defendiam o fortalecimento de uma visão contrária ao regime autoritário, com foco na construção de um sistema de saúde eficiente e democrático (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1960, a Criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública garantiu as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste serviços de saúde pública e de assistência médica. Nesse mesmo período também houve a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde dedicados, principalmente a atenção materno- infantil e para o

desenvolvimento de ações de saúde pública (LAVRAS, 2011; ARANTES; SHIMIZU; BEZERRA, 2016).

Na década de 1970, foram observadas iniciativas em relação à medicina comunitária, em virtude, do movimento de reforma sanitária e do apoio das Universidades, com a participação dos municípios no desenvolvimento da APS (COSTA, 2016).

Posteriormente, em 1978, aconteceu na Rússia a *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, deixando como legado as determinações da Declaração de Alma-Ata. A partir desse momento diversos países, entre eles os países da União Europeia, iniciaram o processo de estruturação e reforma do sistema de saúde com destaque para os ideais defendidos pelo conceito de Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011).

Nesse sentido, a Declaração de Alma Ata define a APS como

[...] atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter[...] Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país[...] e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade[...] trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde (OMS, 1979, p.3).

Autores como Conill (2008), Giovanella e Mendonça (2012), Giovanella e Stegmüller (2014) tem discutido enfoques e abordagens de APS que se ajustam às necessidades de saúde da população. Assim, dentre esses enfoques e abordagens ganharam destaque as concepções de APS seletiva, Atenção Primária, APS abrangente de Alma-Ata e o Enfoque de saúde e direitos humanos (OPAS, 2007).

As características da **APS seletiva** estão relacionadas às ações focalizadas, seletivas e com serviços restritos destinados a população carente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF) (OPAS, 2007).

Todavia, a ênfase em **Atenção Primária** é caracterizada como nível de atenção a saúde de primeiro contato, formada por serviços ambulatoriais médicos não especializado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). É referida como porta de entrada do sistema de

saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo (*INSTITUTE OF MEDICINE*, 1994). Ela é uma das concepções mais comuns dos Cuidados Primários de Saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar (OPAS, 2007).

Já a **APS abrangente de Alma-Ata** é concebida como um modelo estratégico de assistência e de organização do sistema de saúde com foco nas demandas individuais e coletivas (GIONANELLA; MENDONÇA, 2012).

Por fim, a ênfase no **Enfoque de Saúde e Direitos Humanos** está relacionada a processos de garantia do direito universal à saúde, associando setores sociais e de saúde (GIONANELLA; MENDONÇA, 2012). Compreensão que destaca o direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas, da declaração de Alma Ata, mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde (*PEOPLES' HEALTH MOVEMENT*, 2000; 2003).

Atualmente a discussão sobre essas concepções de APS tem sido revitalizada pelo movimento de renovação da Atenção Primária, propagado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Essa iniciativa teve início em 2003, quando foram instituídas recomendações para fortalecer a APS, seguida da divulgação em 2005 do documento *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas* e reforçada pelo Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Atenção Primária à saúde: Agora Mais do que Nunca*, comemorando os 30 anos da Declaração de Alma-Ata (OPAS, 2007; WHO, 2008).

Diante da diversidade de concepções sobre APS, concordamos com Giovanella (2008), quando aponta que tanto no âmbito internacional como no nacional as concepções de APS são influenciadas pelo modelo de proteção social à saúde de cada país. Lavras (2011), Giovanella e Stegmüller (2014) acrescentam como essas abordagens e características socioeconômicas determinaram a implantação dos sistemas nacionais de saúde em diversos países, assim, encontramos atualmente sistemas influenciados por iniciativas que se inclinam ora para uma concepção mais seletiva de APS, ora para uma concepção mais abrangente.

No contexto dos países europeus destacamos uma abordagem em que o sistema de saúde público universal assume a concepção de APS como primeiro nível do sistema de saúde composta por serviços de primeiro contato, direcionado para demandas mais comuns de saúde, para a resolução de problemas com base na diversidade de serviços não especializados, clínicos e preventivos. Já nos países em desenvolvimento prevalece a concepção seletiva da APS com implementação de ações e serviços focalizados, com uma cesta restrita para atender necessidades de grupos populacionais específicos e carentes, utilizando recursos de baixa tecnologia, e com difícil acesso aos demais níveis do sistema de saúde (FRACOLLI et al., 2014; LAVRAS, 2011; MATTA; MOROSINI, 2009).

A VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986, representou um dos momentos mais importantes do processo de universalização da saúde no Brasil. Foi a partir das suas discussões que em 1988, fruto do processo de redemocratização no país, foi instituído o SUS com a nova Constituição (COSTA, 2016).

Posteriormente, foi com a municipalização do SUS em 1990, por intermédio das Normas Operacionais Básicas, de 1991, 1993 e 1996, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 2001 e 2002, o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, a definição do financiamento do sistema de saúde por meio da Emenda Constitucional nº 29/2000 - regulamentada pela Lei complementar nº 141/2012 – (BRASIL, 2012b), o Pacto pela Saúde, em 2006, além da instituição da PNAB, pelas portarias nº 648/2006 (PAIM et al., 2011), posteriormente nº 2488/2011 (BRASIL, 2011a), que se firmou o modelo de APS brasileiro, representado por uma diversidade de ações e serviços no sistema de saúde.

Historicamente, são identificados pelos menos quatro diferentes modelos de estruturação da APS no Brasil. Há um *modelo tradicional* constituído por profissionais generalista sem formação específica em saúde da família; um *modelo Semachko*, idealizado a partir da experiência do sistema de saúde russo, representado por especialidades médicas nas áreas clínica, pediátrica e gineco-obstetra; um *modelo de medicina de família e comunidade estrito senso*, fundamentado em consultas médicas de especialista na área de medicina de família e comunidade, baseado nos modelos de atenção à saúde europeu e canadense e por fim, o *modelo de Estratégia de Saúde da Família*, que é caracterizado como um cuidado destinado por uma equipe multidisciplinar e com trabalho interdisciplinar para o usuário, família e comunidade (BRASIL, 2015).

De acordo com a Portaria nº 4279/10, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) representa um modelo organizativo de ações e serviços de saúde que envolve diferentes densidades

tecnológicas, articuladas por intermédio de um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão com a finalidade de garantir a integralidade da atenção (BRASIL,2010a). Esse modelo estratégico de organização do SUS possui uma relação intrínseca com a APS, pois reconhece o seu potencial como articulador da assistência no sistema de saúde.

Contudo, em virtude de atuais mudanças em relação aos recursos repassados pela União para financiar o SUS, apresentada pela Portaria nº 3.992/2017 que reduziu de seis para dois blocos de financiamento do SUS e de outras medidas como as estabelecidas pela Emenda Constitucional 95/2016 que congelou por 20 anos os recursos destinados às políticas sociais, e, conseqüentemente, regula o teto para os gastos públicos da Saúde, observamos que a política de APS no Brasil, atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, sofreu os impactos trazidos pelos cortes nas políticas sociais e de saúde (STEVANIM, 2017).

A chamada ‘Nova PNAB’ por meio de uma série de alterações como a proposta de uma cesta limitada de serviços<sup>4</sup>, a possibilidade de inclusão de uma nova modalidade chamada de Equipe de Atenção Básica (EqAB) que propõe a redução de equipes e da carga horária, além da modificação do papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), indica uma ameaça do modelo de cobertura da ESF (BRASIL, 2017a; BATALHA; LAVOR, 2017).

Diante desse contexto entendemos que, mesmo com a diversidade de serviços, programas, ações e práticas clínicas e das atuais mudanças, as ações e serviços de APS no Brasil, tendem a continuar sofrendo uma intensa fragmentação, o que pode repercutir na precarização do SUS, na pouca efetividade e resolutividade das demandas de saúde da população e descaracterizar a APS como ordenadora das ações da Rede de Atenção à Saúde.

A respeito da relação entre APS e a RAS, concordamos com Mendes (2011) que o entendimento da APS como estratégia de organização do sistema de saúde implica compreendê-la como um formato singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer necessidades, demandas e representações da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das RAS.

Assim, a relação entre a APS e RAS é um desafio para superar os entraves do processo de regionalização e descentralização do sistema de saúde brasileiro e a efetivação de um modelo de gestão dissociado da fragmentação técnica, operativa e organizativa que prevalece atualmente no sistema de saúde. Afinal, integrar serviços de saúde tem sido foco da atenção de gestores, estudiosos e pesquisadores, em função da dimensão e complexidade do SUS e da necessidade de se garantir a equidade (SANTOS; CAMPOS, 2015).

---

<sup>4</sup> Remete a ideia de **APS seletiva** com ações focalizadas, seletivas e com serviços restritos destinados a população carente (GIONANELLA; MENDONÇA, 2012).



Nessa perspectiva consideramos que a RAS consolida a APS, sendo que esta é fundamentada pelos atributos essenciais e atributos derivados, referidos por Mendes (2015), Brasil (2015), Oliveira e Pereira (2013) e Starfield, 2002 Os atributos essenciais são a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e os atributos derivados à orientação familiar e comunitária e competência cultural.

O primeiro contato diz respeito à acessibilidade e ao uso de serviços, definido como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, implica que a população e a equipe compreendem aquele serviço como local a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (MENDES, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para Donabedian (1973) o termo acessibilidade para definir as questões que envolvem a oferta e a capacidade de produzir serviços para responder às necessidades de saúde das populações, faz menção às características dos serviços que contribuem ou não para o seu uso pelos usuários. Já Starfield (2002), ao discutir o tema acesso, faz uma distinção entre os termos acesso e acessibilidade, no qual acessibilidade está relacionada às características da oferta e acesso ao modo como as pessoas percebem a acessibilidade, uma vez que essa percepção sobre a disponibilidade do serviço afeta a decisão dos usuários de buscá-los.

Desse modo, a acessibilidade das US pode ser determinada a partir de questões como o horário de disponibilidade de atendimento, a acessibilidade ao transporte público, a oferta de atenção universal, presença de instalações adequadas para portadores, facilidade pra a marcação de consulta e a relação com o tempo de espera pela mesma, além da ausência de barreiras de comunicação e culturais (STARFIELD,2002).

A longitudinalidade, outro atributo considerado essencial, representa a presença regular e o uso consistente de cuidados pela equipe de saúde aos usuários e famílias, ao longo do tempo, e em um ambiente onde esteja estabelecida a confiança e humanização da assistência entre os envolvidos, a sua efetividade tende a produzir precisão nos diagnósticos e tratamentos, reduzindo os encaminhamentos para especialistas e a necessidade de atendimento de maior complexidade (MENDES, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Assim, para Starfield (2002), a longitudinalidade traz vários benefícios, dentre eles menor utilização de serviços e atenção preventiva à saúde, cuidados mais oportunos e adequados, diminuição dos casos de doenças preveníveis, mais precisão nos diagnósticos, diminuição das hospitalizações e, conseqüentemente, dos custo em saúde. Desse modo, ela é fundamentada na relação com profissionais específicos (equipe de saúde), conferindo benefícios mais extensivos do que aqueles envolvendo apenas a relação com um local específico.

A integralidade, outro atributo da APS indica o conjunto de ações e serviços que buscam atender às necessidades da população no que se refere promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição do bem-estar do usuário, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças, ou seja, requer articulação de diferentes setores da sociedade (MENDES, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Por sua vez Mattos(2001) amplia tal conceito ao afirmar que a integralidade passa por três diferentes eixos, o primeiro se refere a associação entre a medicina integral e a prática da integralidade; o segundo aponta o sentido da integralidade ligada a organização do trabalho nos serviços de saúde; já o último relata a integralidade e políticas especiais.

A integralidade como parte do conceito de medicina integral associa-se ao fato de que é preciso superar as ações baseada na fragmentação da assistência, medicalização e centralidade às questões biológicas e no desprezo aos hábitos e comportamentos ligados à práticas de saúde baseadas na crenças populares e no senso comum. O conceito de integralidade voltada à organização das práticas de saúde revela a necessidade de se articular a organização e práticas de serviços de saúde, dissociado da visão hospitalocêntrica e voltada à articulação entre assistência e saúde pública. O conceito de integralidade precisa estar também relacionado com políticas especiais para mostrar como atenção integral serve como resposta governamental para necessidades e demandas de saúde ou de certo grupo específico (MATTOS,2001).

Enfim, a coordenação é outro atributo que exige a continuidade da atenção e a articulação nos diferentes níveis de assistência à saúde; obedece a uma sincronia de ações destinadas ao alcance de um objetivo comum, pois ela se articula com a função de centro de comunicação das RAS (MENDES, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Todavia, para Starfield (2002, p.365) essa coordenação é complexa mas essencial na APS, pois sem a ela “... a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa”. Considera ainda que para uma melhor coordenação é necessária a organização de sistemas de saúde com base na integração dos níveis primário, secundário e terciário; a existência de uma sólida comunicação entre esses níveis; além da responsabilização sobre as necessidades de saúde da população.

Por sua vez, compreendemos que todos estes dispositivos aqui discutidos, os atributos derivados da APS consistem na orientação familiar, orientação comunitária e competências cultural.

Particularmente, a focalização na família significa que esta representa a unidade de atenção, pois é no seu núcleo que os problemas de saúde ocorrem (MENDES,2015). A garantia para o alcance da integralidade possibilita fornecer subsídio para que o atendimento das necessidades dos usuários dentro de seus ambientes, por considerar o contexto familiar e a exposição e ameaças à saúde. Para tanto, o interesse particular é a consciência da comunicação intrafamiliar, o apoio e presença de recursos educacionais, financeiros e relacionais dos membros destas famílias para lidar com os problemas de saúde (STARFIELD,2002).

Quanto a orientação comunitária da APS reconhece o contexto físico, econômico e social em que vivem as famílias como influenciador e determinante da condição saúde-doença (MENDES, 2015). Ela é oriunda de um alto grau de integralidade e depende do reconhecimento do processo saúde-doença pelos usuários e profissionais de saúde, assim como da definição das ações de intervenção compatíveis com características de cada lócus (STARFIELD,2002).

O atributo denominado competência cultural busca explicitar a influência das questões simbólicas (valores, crenças, costumes) nas preferências dos usuários e de suas famílias, exigindo uma relação de respeito entre a equipe de saúde e a comunidade. Para tanto, o reconhecimento das necessidades de saúde da população podem estar intimamente ligadas as questões étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (MENDES, 2015; STARFIELD, 2002).

Sendo assim, reforçamos que é preciso consolidar o modelo de atenção e organização dos serviços de saúde na perspectiva da APS, tomando-o como referência para a elaboração de estratégias que a definam como a ‘verdadeira’ orientadora do modelo de atenção à saúde, como “porta de entrada” preferencial da RAS e como ordenadora do fluxo de atendimento no SUS (ASSIS et al., 2007; ASSIS, 2015).

### 2.3 O TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A origem do palavra gestão indica que ela é oriunda do verbo latino *gero, gerere, gessi, gestum* que significa chamar a si, executar, exercer, gerar. Está relacionada ao sujeito, pois outros termos derivados da mesma fazem menção ao ato de gerar algo novo (*gestatio*), a

um feito, uma execução (*gestus*), feitos ilustres, notáveis, nobres e corajosos (*gesta*). Ela denota a interação, dialogo no encontro de pessoas e na resolução de conflitos. Portanto, distancia-se da ideia de comando frio, autoritário (CURY,2002), típica da visão clássica de administração.

Por sua vez, segundo Paula (2016), a incompreensão da palavra gestão nos mais diferentes âmbitos em que ela é aplicada, talvez o uso inadequado da essência da gestão, de sua natureza e do conteúdo do trabalho gerencial, fazendo com que o seu significado esteja relacionado com controle, pois

a etimologia da palavra equivalente em inglês, *management*, que deriva do latim *manus agere* (fazer com as mãos, manejar), remete à palavra italiana *maneggio*, utilizada no século XVI para denominar a ação de domar um cavalo, que depois evoluiu, na língua inglesa, para *manage* e a ideia de conduzir e controlar as pessoas (PAULA, 2016, p.20).

No âmbito da saúde, podemos observar que historicamente tem se propagado esta visão condutora e hierárquica que atribui à gestão em saúde a ação relacionada tanto à administração de um sistema de saúde e a gerência em saúde tem sido associada à administração de uma unidade.

Utilizadas como sinônimo de administração, pois fazem menção a ação de governar sistemas, pessoas, instituições e organizações, tais formas de compreender a gestão e a gerência em saúde nos remetem aos fundamentos da Administração Científica de Taylor, em 1911 e Ford, em 1914 ao dar ênfase a execução das tarefas, e às Teorias Clássica, de Fayol, em 1916 e Burocrática, de Weber, em 1947, com enfoque na estrutura, com ênfase desde a divisão e especialização no trabalho, a relação hierarquizada e verticalizada, até a organização formal e burocrática das ações e serviços (BONFIM, 2014; MATOS; PIRES, 2006;).

Para Motta (2002, p.26) a visão ordenada e tradicional da gerência indica o gerente como um dirigente, um decisor racional, um planejador sistemático, um coordenador e supervisor eficiente.

Outrossim, Davel e Melo (2005) apresentam explicações que podem justificar esta visão acerca da origem de gerentes em nossa sociedade, dentre elas, as três explicações mais comuns acerca dessa origem: uma **técnica**, uma **de elite** e uma **política**.

Na explicação **técnica**, os gerentes surgem como um novo grupo de especialistas em função do capitalismo. A explicação **de elite**, indica a ideia de legitimação, no qual um grupo de pessoas (gerentes) por meio de arranjos sociais e econômico desejavam para si, tornar-se uma “subelite” na tecnoestrutura social, reforçando o crescimento das burocracias. E, a

explicação **política**, menciona a performance na administração por meio de indivíduos especializados, com o objetivo de controlar o trabalho. (DAVEL; MELO, 2005).

No cotidiano das US da APS é ainda comum que os profissionais que são denominados como gerentes desenvolvem ações baseados na concepção clássica/tradicional de administração. Nos estudos realizados por Carvalho et al (2013), Paula et al (2013), Ximenes-Neto e Sampaio (2012) e Silva (2012) essa formalidade tem garantido o funcionamento dos serviços com foco na concretização de ações programáticas e atividades determinadas pelo nível federal, o que, por muitas vezes, limitam as potencialidades ligadas à autonomia e iniciativa dos trabalhadores da saúde para inovar diante da realidade do seu local de trabalho.

Dentre as principais atividades gerenciais desenvolvidas por gerentes de US da APS encontramos o planejamento, coordenação e supervisão de atividades; aquisição, controle e provimento de materiais e equipamentos; solicitação de manutenção; distribuição de tarefas e confecção de escalas; confecção e envio de relatórios; organização do fluxo de atendimento; comunicação em saúde; reuniões; encaminhamentos e solicitação de referência e contra referência; atendimento de reclamações (PAULA et al., 2013; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Segundo Custódio et al (2013) essas atividades estão ligadas a uma concepção formal de trabalho gerencial e ao modelo de administração clássica/tradicional em que o gerente tem responsabilidade pelo o desenvolvimento e implantação de estratégias e definição dos caminhos a serem seguidos pela organização.

Assim, o contexto de atuação dos gerentes de US é permeado pelas relações de poder, busca da autonomia e a necessidade de tomada de decisão no PT.

Ao discutir a temática do poder, Foucault (2004) defende que todas os indivíduos estão envolvidos por relações de poder e portanto, não são independente ou indiferente a elas.

Assim, poder deve ser entendido como

[...] algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles (FOUCAULT, 2004, p. 193).

Para Cecílio (1999) o poder é sempre relacional, pois diz respeito às relações entre dois ou mais atores sociais, em que o comportamento de um afeta o outro. Ele constitui um ato, algo que pode ser usado ou exercido com a possibilidade de controlar ou influenciar a conduta da outra pessoa.

No cotidiano do fazer gerencial, o poder tem se caracterizado como uma relação de dominação, instituído pela relação hierárquica e verticalizada das organizações (TRALDI, 2015). Testa (1995) descreve que no setor de saúde o poder está presente de três formas: o **poder técnico**, manifesto pelo uso dos conhecimentos; o **poder administrativo**, representado por ações de manejo dos recursos disponíveis para organização dos setores; e o **poder político**, revelado pela defesa dos interesses de diferentes indivíduos.

Nessa lógica, o poder nos remete ao conceito de autonomia, já que esta pode ser entendida como exercício do poder, não no sentido de controle e dominação mas na perspectiva de distribuição, desconcentração, capilarização do poder. Desse modo, de acordo com Cecílio (1999), um indivíduo só tem autonomia quando pode regular o seu próprio trabalho e, em função disso, pode ser responsável pelas ações que desencadeia.

Ademias, as relações de poder poderão influenciar a tomada de decisão, entendida como um processo complexo, permeado por muitos atores, subjetividades e incertezas (TRALDI, 2015). Ela representa uma responsabilidade, geralmente atribuída a indivíduos que ocupam posições superiores na estrutura organizacional, os quais utilizam de conhecimentos técnicos, conhecimento pessoal (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras), além da percepção que tem sobre a realidade em que está inserido, para tomar uma decisão, e assim mobilizar recursos necessários a organização dos serviços de saúde (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Porém, observamos que as mudanças organizacionais mostram iniciativas realizadas no intuito de romper com o modelo mecanicista, controlador e hierárquico e abrir oportunidade para o paradigma sistêmico e complexo (CUSTÓDIO et al., 2013). Desse modo, entendemos que é preciso superar a administração dos serviços de saúde pautado no modelo clássico/tradicional, já que este é caracterizado pela racionalização do trabalho, presença de uma estrutura formal e hierárquica, atividades centralizadas no controle e comportamento técnico, além de concepções rígidas de poder, tomada de decisão e autoridade, de modo a vislumbrar perspectivas diferentes para a execução do trabalho, mediante o exercício da autonomia, fazendo valer a micropolítica do trabalho vivo em ato e consolidando a concepção de gerência das US da APS, como um processo de trabalho específico e inserido no campo da micropolítica (FEUERWERKER, 2014; SPAGNOL, 2002; MERHY, 2002; FRACOLLI; EGRY, 2001).

Os elementos constitutivos do processo de trabalho de gerente das Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde consistem no *objeto* que corresponde a organização do trabalho, a equipe de saúde, os usuários e o território, a *finalidade* relacionada ao atendimento das

necessidades de saúde e sociais dos usuários e as necessidades das equipes, os *instrumentos* estão representados pelos saberes, técnicas, as tecnologias leves, leves duras e duras empregadas no trabalho e pelo *agente do trabalho* que são os profissionais indicados para assumir o trabalho gerencial dos serviços de saúde (PASSOS; CIOSAK, 2006; FELLI; PEDUZZI, 2005).

A integração desse elementos insere no cotidiano das USF e UBS, a micropolítica do PTS a qual pode se manifestar por meio de diversos planos, além de ter potencial para contribuir com a criação e inovação do PTG.

Os planos, aos quais nos referimos, são representados pelo senso comum, subjetivação, corporações e suas disputas sobre o trabalho em saúde, histórias de vida, encontro entre diferentes culturas, conhecimento técnico e científico, pelas religiões, condições materiais de trabalho e pela conexão em redes com outros setores (FEUERWERKER, 2014). Em um sentido mais amplo, podemos dizer que tais planos sintetizam os aspectos político, organizacional, relacional e técnico presentes neste Processo de Trabalho específico e determinam a potência criativa, livre e autônoma do trabalho vivo em ato a ser executado pelos gerentes e pelas equipes de saúde.

Diante de tal desafio, entendemos que os gerentes de US da APS, no desenvolvimento do seu PT, precisam compartilhar uma gama de responsabilidades ao atuar em espaços cercados por contratualidades entre os atores sociais e políticos envolvidos (FRANCO; MERHY, 2012), cabendo aos mesmos

[...]fazer a tradução e a intermediação das políticas emanadas do gestor junto aos trabalhadores, usuários e população do território; participar do diagnóstico das necessidades dos usuários e do planejamento de ações para o enfrentamento destes (juntamente com demais trabalhadores da unidade e comunidade); promover a articulação e integração dos trabalhadores da unidade, coordenando o processo de trabalho e ainda promover a articulação da unidade básica de saúde junto aos demais serviços da rede, necessários à integralidade da atenção (CARVALHO, et al., 2013, p.03).

Ressaltamos que este gerente no cotidiano do trabalho precisam reunir características que poderão influenciar a sua prática cotidiana e o desenvolvimento da arte (MINTZBERG, 2010). Essas características são representadas pelas competência necessárias ao gerente para o desempenho de tal trabalho.

Para Durand (2000) o conceito de competência se alicerça em três dimensões - conhecimentos, habilidades e atitudes. O conhecimento é a série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo. A habilidade é a capacidade de aplicar o conhecimento adquirido.

A atitude é a predisposição em relação à adoção de uma ação (PELISSARI; GONZALEZ; VANALLE,2011)

Quanto as competências, ela possui significados distintos e pode estar relacionada à organização (competências organizacionais), às equipes (competências coletivas) e à pessoa (competências individuais) (FLEURY; FLEURY,2001).

As competências organizacionais correspondem ao conjunto de atividades-chave, esperadas de cada setor que compõe uma organização para organizar os fluxos de trabalho; elas são formadas a partir das competências individuais na utilização e exploração dos recursos organizacionais (FLEURY; FLEURY, 2004). As competências coletivas estão relacionadas ao desempenho de um coletivo de trabalho (trabalhadores/profissionais) mediante a recorrência de processos de interação e em virtude de questões que são compartilhadas por membros desse coletivo (SILVA; RUAS,2016).

No que se refere, ao gerente as competências individuais, são definidas como “ações ou desempenhos humanos resultantes da aplicação de complexas combinações de conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA), que são mobilizadas pelo indivíduo para alcançar um determinado propósito no trabalho” (ABBAD; BORGES-ANDRADE, 2014, p. 247-248). Porém, as competências individuais não são consideradas de maneira isolada pois surgem no contexto do trabalho, em meio as diversas situações que o gerente está envolvido (TRALDI; SANTOS, 2015).

Um levantamento feito por Custódio et al (2013) sobre competências, ele identificaram 57 competências. Entretanto, eles consideram que a presença ou não dessas competências no trabalho do gerente depende do contexto no qual o mesmo está inserido (**Quadro 3**).



QUADRO 3 – Distribuição das competências no trabalho do gerente, segundo Custódio e outros (2013).

Liderança	Comunicação	Motivação
Negociação	Gerenciamento de conflitos	Resolução de problemas
Percepção social	Gestão de grupos	Estabelecimento de <i>networking</i>
Orientação para resultados	Conhecimento em gestão de pessoas	Empregar a experiência e novas ideias para melhorar resultados
Pensamento estratégico/Capacidade de planejamento	Ética	Resistência ao estresse
Personalidade	Flexibilidade comportamental	Autoconfiança
Trabalho em equipe	Comprometimento	Iniciativa
Expansão contínua das fronteiras pessoais	Captação de oportunidades	Discernimento entre prioridades e rotinas
Tolerância	Ousadia	Paciência
Ponderação	Confiabilidade	Saber mobilizar recursos
Responsabilidade	Criatividade	Equilíbrio emocional
Capacidade de desenvolver outras pessoas	Inteligência	Produtividade
Diagnóstico e usos de conceitos	Espontaneidade	Memória
Visão sistêmica da organização	Conhecimento via análise de custos	Habilidade para rever processos e estruturas organizacionais
Busca de melhoria contínua	Conhecimentos técnicos relativos à atividade profissional	Empatia
Habilidades humanas	Organizar os fluxos de informações	Trabalhar e gerenciar através de funções
Planejar e coordenar projetos	Estimular e possibilitar a conformidade	Patrocinar e vender novas ideias
Estimular e promover inovação	Implementar e sustentar mudanças	Capacidade empreendedoras
Visão de mundo ampla e global	Capacidade de lidar com incertezas e ambiguidades	Integração de todas as outras competências

Todavia, Mintzberg (2011a) propõe um modelo genérico de competências individuais, com arcabouço conceitual aplicável a toda e qualquer organização (**Quadro 4**).

QUADRO 4- Lista combinada de competências individuais para o sucesso gerencial

Corajoso	Comprometido	Curioso
Confiante	Sincero	Reflexivo
Crerioso	Aberto/tolerante (em relação a pessoas, ambiguidades e ideais)	Inovador
Comunicativo (incluindo a qualidade do bom ouvinte)	Conectado/informado	Perceptivo
Enérgico/ entusiasta	Alto-astral/otimista	Ambicioso
Tenaz/persistente	Zeloso	Colaborativo/participativo /cooperativo
Atrativo	Apoiador/simpático/empático	Estável
Confiável	Justo	Responsável
Ético/honesto	Consistente	Flexível
Equilibrado	Integrativo	Pensativo/inteligente/sábio
Analítico/objetivo	Pragmático	Decisivo (voltado para ação)
Proativo	Carismático	Apaixonado
Inspirador	Visionário	Alto

No campo da saúde, Traldi e Campos (2015), também destacam competências requeridas no âmbito do negócios e que podem ser úteis ao trabalho dos gerentes de serviços de saúde, seja ele público, privado ou de qualquer nível de complexidade do SUS. Dentre elas eles destacaram a capacidade de lidar com a informação; sintetizar e criar; comandar grupo de pessoas, estimulando-as a enfrentar; lidar com diferenças culturais; ouvir, ver e perceber novas ideias/produtos/processos; além de mostrar iniciativa, coragem, tolerância e flexibilidade. Essas competências são compatíveis com aquelas elencadas por Custódio et al (2013) e Mintzberg(2011a).

Entretanto, em meio as discussões apresentadas para contextualização do PT dos gerentes de US da APS observamos um cenário em que a organização dos serviços de APS no SUS, ainda precisa superar a excessiva normatização, pois ela impõe restrições aos trabalhadores, aprisionando o trabalho vivo em ato e, conseqüentemente, impedindo-o de fazer micropolítica. Por conseguinte, defendemos que o PTG necessita ser fundamentado no trabalho vivo em ato, para criar potencialidades para ser autogerido, buscar autonomia e conseqüentemente, subverter a formalização excessiva, para agir, segundo Franco e Merhy (2012) com liberdade e com força criativa.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia é definida como “... o conjunto de métodos ou regras com que se realiza ou julga válida uma determinada pesquisa...”. Em sentido mais amplo, pode também se referir a um “... sistema de princípios, teorias e valores que embasa um determinado enfoque de pesquisa” (BULLOCK; TROMBLEY, 2000, p.411) ou “... as regras estabelecidas para o método científico, por exemplo: a necessidade de observar, a necessidade de formular hipóteses, a elaboração de instrumentos...” (RICHARDSON, 2007, p.22) e ainda representa a ligação e a leitura operacional que o pesquisador faz do aporte teórico e de seus objetivos de estudo (DESLANDES, 2011).

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado como uma pesquisa de campo diante da necessidade de aproximação como pesquisadora no ambiente sobre o qual formulamos a pergunta e onde buscamos estabelecer uma interação entre diferentes atores para a construção do conhecimento empírico (MINAYO, 2011).

Esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa, concebida segundo Minayo (2011, p. 21) como àquela que faz referência a um conjunto de fenômenos humanos que está presente na realidade social e que, “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

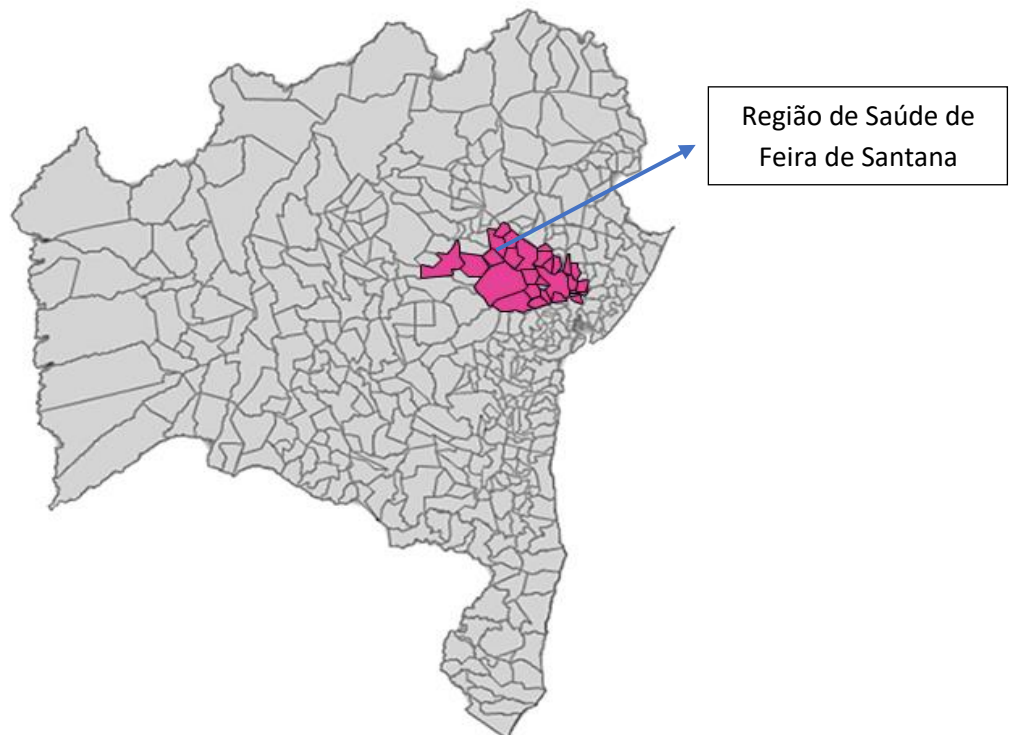
A abordagem qualitativa nos permite a averiguação da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, oriundas das interpretações que os indivíduos fazem do modo de vida, da construção de artefatos e de si mesmo, ou seja, do modo como eles sentem e pensam (MINAYO, 2011). De modo que tal abordagem foi pertinente neste trabalho pois permitiu nossa aproximação com os aspectos objetivos e subjetivos que permeiam do processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da APS.

### 3.2 CAMPO EMPÍRICO

O campo empírico foi o município de Feira de Santana, cidade de médio porte e com uma população estimada de 627.477 mil habitantes, distribuídos em 47 bairros na zona urbana (IBGE, 2017). A cidade de Feira de Santana surgiu inicialmente como vila em 1832, a sua instalação como município ocorreu em 1873, passando a ser chamada Cidade Commercial de Feira de Santana, e em 1938 foi oficializada como município de Feira de Santana (FEIRA DE SANTANA, 2016).

Marcada fortemente pelo caráter comercial, desde a sua instalação, o município cresceu em ritmo acelerado, atraindo um grande número de pessoas. Um marco que possibilitou o destaque da mesma como a segunda cidade populacional da Bahia e a do Estado, 31ª do país. (FEIRA DE SANTANA, 2016).

O município de Feira de Santana, pertence ao Núcleo Regional de Saúde Centro-Leste, composto por 73 municípios, constitui a Região de Saúde de Feira de Santana, com 28 municípios totalizando 1.164.564 habitantes (**Figura 1**) e é sede do Núcleo Regional de Saúde (NRS) 2, em virtude da extinção das antigas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), pela Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014 (BAHIA, 2017).



**FIGURA 1** : Regiões de Saúde da Bahia.  
**Fonte:** BAHIA, 2017

Em relação à rede de assistência à saúde, este município possui serviços de atenção primária e de referência de média e alta complexidade, composto por 708 estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2018a). Entre os serviços de baixa densidade tecnológica estão as USF e UBS, já na média e alta complexidade estão as policlínicas, hospitais gerais e especializados, laboratório municipal, SAMU e outros, apresentados no **quadro 5**.

**QUADRO 5** Serviços e Estabelecimentos de Saúde em Feira de Santana- Bahia, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Jan-2018.

Unidade de Saúde da Atenção Primária à Saúde	108
Policlínica	11
Hospital Geral	8
Hospital Especializado	15
Pronto Socorro Especializado	151
Consultório Isolado	300
Clínica/Centro de Especialidade	63
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	1
Unidade Móvel Terrestre	9
Unidade Móvel de Nível Pré Hospitalar na Área de Urgência	3
Farmácia	1
Cooperativa ou Empresa de Cessão de Trabalhadores na Saúde	10
Hospital/Dia- Isolado	11
Central de Regulação de Serviços de Saúde	2
Central de Gestão em Saúde	5
Centro de Atenção Psicossocial	2
Pronto Atendimento	1
Pólo Academia da Saúde	1
Centro de Regulação Médica das Urgências	3
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	1
Centro de Regulação do Acesso	2
Total	708

**Fonte:** Adaptado CNES - BRASIL (2018a)

Esses serviços foram distribuídos em 13 (treze) regiões administrativas, sendo cinco(5) na sede e oito (8) correspondendo a cada um dos distritos do município. As Regiões Administrativas da sede foram distribuídas em regiões enumeradas de I a V, enquanto as demais regiões administrativas abrangem a área de cada um dos distritos, pertencentes ao município: Distrito Governador João Durval Carneiro (Ipuçu); Distrito de Bonfim de Feira;

Distrito de Maria Quitéria (São José); Distrito de Humildes; Distrito de Tiquaruçu; Distrito de Jaíba; Distrito Jaguará; e Distrito da Matinha (FEIRA DE SANTANA, 2014).

As regiões administrativas da sede estão demarcadas de acordo com os limites geográficos do município e as Unidades de Saúde da APS (UBS e USF), pertencentes a sede, seguem também distribuídas de acordo com a localização nas regiões administrativas (**quadro 6**) da seguinte forma:

**QUADRO 6** Distribuição das Unidades de Saúde da APS da sede de acordo com a localização nas Regiões Administrativas I, II, III, IV, V. Feira de Santana – BA. 2018

Região administrativa	UNIDADES DE SAÚDE DA APS					Quantidade	
	Unidades de Saúde da Família (USF)			Unidade Básica de Saúde (UBS)		(USF)	(UBS)
I	Parque Getúlio Vargas Alto do Rosário Conceição I	Conceição II Conceição III Conceição IV Rocinha I	Rocinha II Corredor dos Araçás Stº Antônio dos Prazeres Parque Lagoa Subaé	Limoeiro Videira Parque Brasil Santa Mônica II	Assistência Social Stº Antônio Dr. Eduardo Nogueira Filho Nossa Senhora de Fátima Maria do Nascimento de Souza Irmã Dulce	15	05
II	Alto do Papagaio Mantiba		Parque Ipê- Antônio Ferreira da Conceição Parque Ipê- Orlando Leite Freitas		CSU Cidade Nova Todos os Santos	04	02
III	Asa Branca I Asa Branca II Asa Branca III Campo do Gado Novo Campo Limpo I Campo Limpo II Campo Limpo III Campo Limpo IV	Feira VI-I Feira VI-II Novo Horizonte Gabriela I Gabriela II Gabriela III Sítio Novo George Américo I	George Américo II George Américo III George Américo IV Homero Figueredo Sobradinho I Sobradinho II Pampalona Parque Servilha	Nova Esperança Feira IX –I Feira IX -II Expansão Feira IX-I Expansão Feira IX-II Morada Tropical Tanque Nação	Jardim Cruzeiro Rua Nova Milésio Leudox Vargas Baraúnas	31	03
IV	Fraternidade Jussara Feira X –I Feira X-II Feira X-III Feira X-IV Feira X-V	Tomba I Tomba II Tomba III Tomba IV Pedra do Descanso Viveiros I	Viveiros II Eucalipto Liberdade Conjunto Feira VII-,I Conjunto Feira VII - II Conjunto Francisco Pinto	Sítio Matias Panorama I Panorama II Panorama III Conjunto Oyama Figueiredo	Serraria Brasil Dispensário Santana	24	02
V	Terra Dura Aviário Aviário III				Helena Barbosa	03	01
<b>Total</b>	77				13	90	

**Fonte:** elaborada pela autora, a partir do Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (2014) e BRASIL (2018a)

Acerca da estruturação de pessoal na rede de assistência à saúde do município o Relatório Anual de Gestão de 2016 conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), são mais de oito mil profissionais de saúde responsáveis por prestarem assistência à população. As formas de vínculo empregatício, são respectivamente: contrato por tempo determinado; regime estatutário; sem tipo de especificação; e regime celetista. Quanto aos vínculos não protegidos destacam-se profissionais autônomos intermediados, autônomos, cooperativa, residência (BRASIL,2016a).

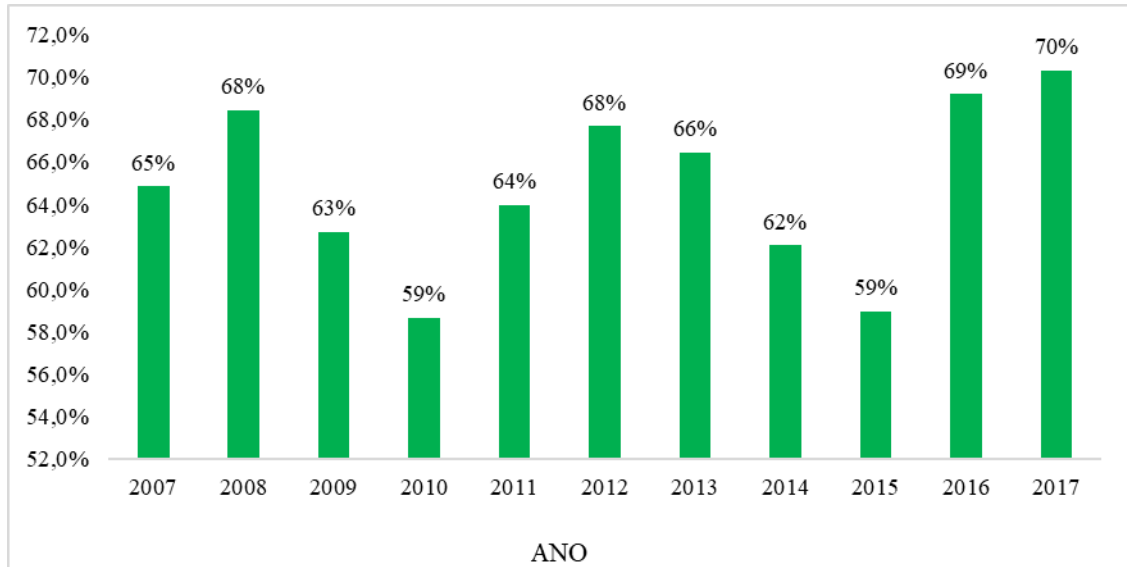
Quanto aos serviços de APS, o município possui uma rede composta por 13 UBS, localizadas na zona urbana; 95 USF, sendo 77 localizadas na zona urbana e 18 na zona rural destinadas para o atendimento à população, no nível da APS (BRASIL, 2018a).

A PNAB (BRASIL, 2012a) determina que as UBS são serviços de saúde considerados como porta de entrada preferencial do SUS, cabendo a existência de diferentes modalidades de estabelecimentos para atendimento dos problemas de saúde da população modalidades em que se enquadram as UBS sem Saúde da Família e as UBS com Saúde da Família; a distinção entre os tipos de unidades implantadas é justificada pela quantidade de habitantes localizados dentro do território.

Com a atualização da PNAB - Portaria nº 2436/2017- (BRASIL,2017a) observamos que este documento sinaliza apenas que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de APS, são denominados UBS, com destaque para diferentes modalidades de equipes, como as equipes de Atenção Básica (EqAB) e equipes Saúde da Família (EqSF). No entanto, por considerar as modalidades de estabelecimentos de saúde da APS vigentes no município em questão, utilizaremos as denominações USF e UBS.

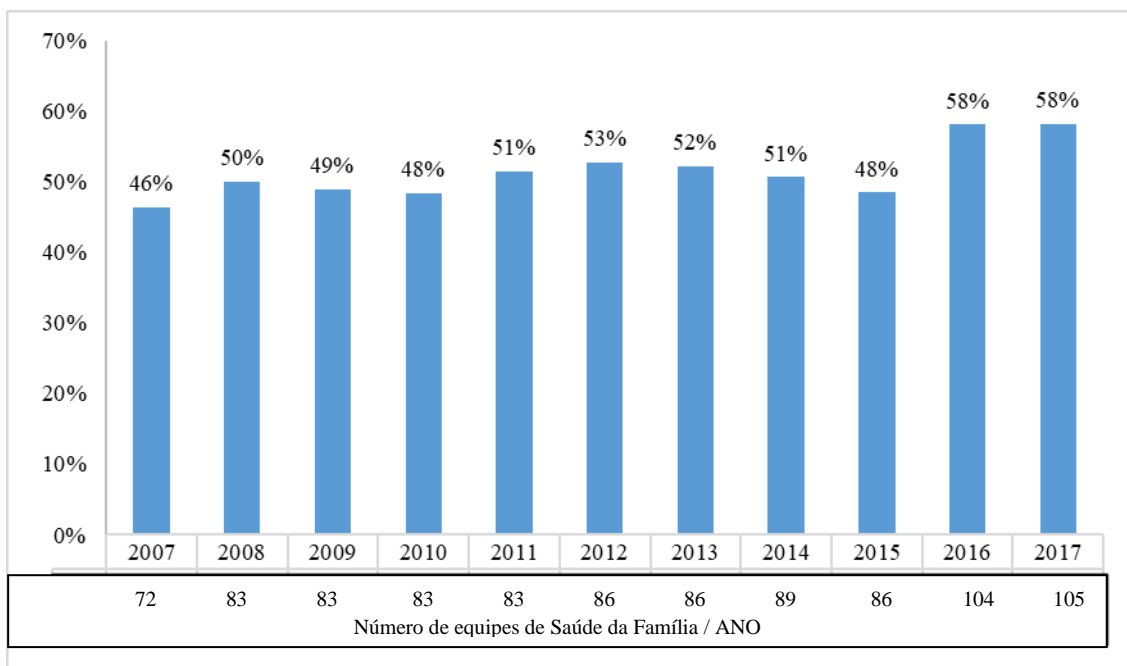
Ainda a respeito do atendimento prestado pelas US da APS, em Feira de Santana, ao longo de mais de 10 anos, ocorreu o aumento gradativo da cobertura populacional por serviços da APS. Atualmente, esses serviços garantem 70 % de cobertura populacional na APS (**Gráfico 1**), com destaque para o trabalho de 105 EqSF, que correspondem a 58% de cobertura populacional por EqSF (**Gráfico 2**) (BRASIL, 2018b)





**GRÁFICO 1** Cobertura populacional por Unidades de Saúde da APS. Feira de Santana-BA. Ano 2007-2017

**Fonte:** BRASIL, 2018b



**GRÁFICO 2** Número de equipes de Saúde da Família (EqSF) e cobertura populacional por EqSF. Feira de Santana-Bahia. Ano 2007-2017.

**Fonte:** BRASIL 2018b.

As EqSF são compostas por médica(o), enfermeira(o), técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar também com profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal), conforme as determinações da PNAB (BRASIL, 2017a). O atendimento de saúde bucal nas US da APS é realizado por 42 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2018b). Os profissionais que compõem as EqSF estão alocados em 95 USF (BRASIL, 2018a).

Em relação as 13 UBS em Feira de Santana todas possuem Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (BRASIL, 2018a). Essas unidades diferenciam-se quanto à composição da equipe, uma vez que prestam atendimentos básicos em Pediatria, Ginecologia, Clínica geral, Enfermagem e Odontologia, podendo ou não haver ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012a).

Quanto a estrutura organizacional da rede de serviços da APS, é composta pelos seguintes órgãos: Coordenação da Atenção Básica, Coordenação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família, Unidades de Referência Técnica, além de Apoiadoras Institucionais para a Estratégia Saúde da Família (FEIRA DE SANTANA, 2014).

Diante do exposto, selecionamos os seguintes critérios de inclusão da US de APS pesquisadas: serviços de atenção primária à saúde com tempo de implantação e funcionamento igual ou superior a um (1) ano; unidades da zona urbana que pertenciam a diferentes regiões administrativas da sede do município; uma (1) US pertencente ao mesmo bairro; unidades que com equipe completa e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Foi considerado como critério de exclusão: unidades localizadas na zona rural, pois buscamos contemplar as US da APS da sede.

Assim, das 108 US existentes no município, foram elegíveis como campo de coleta de dados, 55 US, sendo 44 USF e 11 UBS, pertencentes as Regiões Administrativas I, II, III, IV e V. Foram excluídas 18 US pertencentes a zona rural, três (03) US com menos de um (1) ano de funcionamento de acordo com CNES, 35 US pertencentes no mesmo bairro com mais de um serviço de APS. No entanto, considerando os critérios de seleção dos participantes, que apresentaremos a seguir e à saturação dos dados foram estudadas dez (10) USF e oito (8) UBS, que pertenciam as Regiões Administrativas I, II e III.

### **3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO**

Os participantes deste estudo foram os gerentes de USF e UBS, os quais denominamos de gerentes de US da APS. Para a seleção dos profissionais tomamos como base as premissas de Minayo (2006) ao assinalar que na seleção dos participantes de uma pesquisa qualitativa o pesquisador deve se preocupar menos com generalizações e mais com o aprofundamento, a

abrangência e a diversidade no processo de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação.

Por conseguinte, a escolha dos participantes não seguiu a premissa de uma amostra em quantidade, uma vez que na seleção consideramos que “... uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2006, p.197). Portanto, progressivamente foi feita a inclusão dos participantes sem determinar, inicialmente, uma amostra (DESLANDES, 2011) e, assim, consideramos o critério de saturação teórico-prática (BAUER; GASKELL, 2002; MINAYO, 2006; DESLANDES, 2011) para determinar a finalização da coleta de dados.

O momento da saturação ocorreu no instante em houve a repetição dos achados investigados, indicando que “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo [*pode*] compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (MINAYO, 2006, p.197) [*grifo nosso*].

Desse modo, participaram deste estudo 18 gerentes de US da APS, que atuavam nas Regiões Administrativas I, II e III. Destes participantes dez (10) eram gerentes de USF e oito (8) gerentes de UBS que contemplaram os seguintes critérios de inclusão: gerentes de USF e UBS que tenham experiência ou não em atividades gerenciais, independente da formação profissional, do tipo de vínculo empregatício e do tempo de atuação.

Foi considerado como critério de exclusão gerentes de US da APS que estavam afastados da unidade no momento da coleta de dados, por licença maternidade, médica, férias ou outros tipos de afastamento.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As técnicas de coleta de dados foram a entrevista semiestruturada, acompanhado de um roteiro (APÊNDICE A) e a observação sistemática, acompanhada de um instrumento – roteiro de observação (APÊNDICE B). A entrevista foi realizada com os trabalhadores da saúde que atuavam como gerentes de USF e de UBS. Já a observação sistemática foi feita a partir das ações referentes ao processo de trabalho gerencial, no que tange a organização e funcionamento da US da APS.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos, a saber:

## 1º MOMENTO: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A entrevista como técnica de coleta de dados representa uma forma de interação social e por seu caráter flexível pode contribuir para a coleta de dados necessários à investigação (GIL, 2008). Richardson (2007, p.207) acrescenta que a entrevista “permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas”. Segundo Marconi e Lakatos (2006, p. 179) a entrevista funciona como “... instrumento por excelência da investigação social”. Por ser do tipo semiestruturada, a entrevista também permitiu a participação consciente e atuante da pesquisadora.

O instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado de acordo com a particularidade de “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2011, p. 64). A partir dos aspectos contidos no mesmo, elaboramos as seguintes questões norteadoras:

- 1- Como você desenvolve o Processo de Trabalho Gerencial(PTG) nesta Unidades de Saúde da APS?
- 2- Como se dá a dinâmica do PTG nesta Unidade, frente aos contextos político, organizacional, relacional e técnico?
- 3- Como o desenvolvimento do seu trabalho como gerente contribui para fortalecimento dos atributos essenciais e derivados da APS?
- 4- Fale sobre os limites do PTG que você enfrenta como gerente dessa US na perspectiva de fortalecimento dos atributos da APS
- 5- Comente sobre as possibilidades que você encontra no desenvolvimento do PTG no seu dia –a – dia desta US na perspectiva de fortalecimento dos atributos da APS

Realizamos as entrevistas, no período de setembro a dezembro de 2017, nas US da APS selecionadas para estudo, de acordo com a preferência e disponibilidade dos participantes.

## 2º MOMENTO: OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

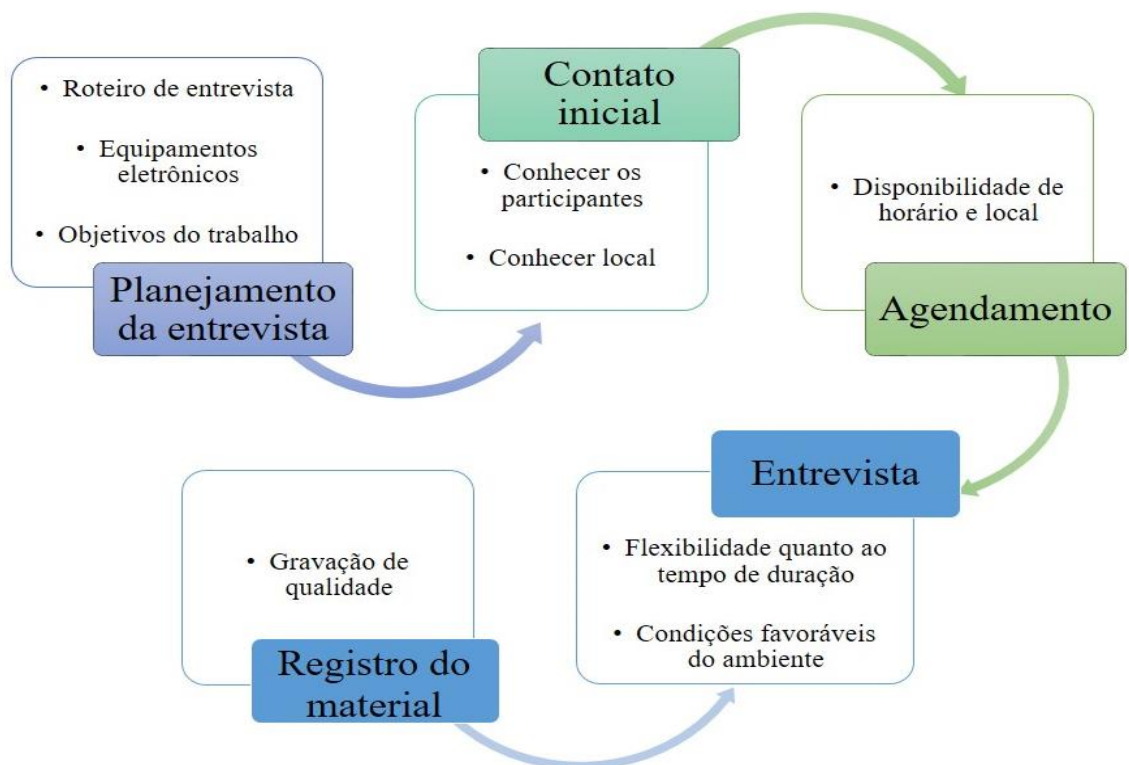
Na realização da técnica de observação sistemática buscamos nos inserir no contexto da descoberta e reconhecimento da realidade local, tendo em vista que, a observação “... implica estar presente em uma situação e registrar as impressões causadas pelo que acontece (MARCONI; LAKATOS, 2006, 25).

Nesta técnica o principal instrumento de pesquisa é o eu, que colhe conscientemente dados mediante a visão, o ouvido, o gosto, o cheiro e o toque” (SOMEKH; JONES, 2015, p.183). Buscamos de pesquisa fazer uma observação ampliada, concentrada na descrição do campo em estudo e das práticas desenvolvidas para registro de fatos que ocorreram naturalmente. (FLICK, 2009; FRANKHAM, MACRAE, 2015).

Para realização da técnica de observação sistemática seguimos o roteiro (APÊNDICE B), acompanhando as ações dos gerentes das US da APS no desenvolvimento do seu processo de trabalho e organização e funcionamento das US, a atuação da equipe de saúde e as demandas apresentadas pelos usuários. Seu caráter sistemático decorreu do fato da observação da dinâmica do PTG, buscando atingir os objetivos da pesquisa a partir do conhecimento do fenômeno em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2006; RICHARDSON, 2007).

### 3.5 SISTEMÁTICA NA COLETA DE DADOS

Para realização das entrevistas consideramos a sistemática proposta por Marconi e Lakatos (2006), Richardson (2007) e Minayo (2011), composto pelas seguintes etapas:



**FIGURA 2** Sistemática de coletas de dados por meio de entrevista  
**Fonte:** elaborada pela autora

O planejamento da entrevista se referiu a elaboração do roteiro de entrevistas (APÊNDICE A) contemplando os objetivos do trabalho, a escolha do aparelho de gravação e ao teste de qualidade do áudio do dispositivo.

Antes do contato inicial foi solicitada à Secretaria de Saúde Municipal de Saúde de Feira de Santana, por meio da Coordenação de Educação Permanente, autorização para realizar e adentrar nas US estudadas. Ao escolher aleatoriamente uma US que contemplasse os critérios de inclusão do estudo foi apresentado ao gerente um ofício (ANEXO A) disponibilizado pela Coordenação de Educação Permanente da SMS de Feira de Santana, contendo informações acerca da pesquisa e a liberação para a realização da mesma. Após a apresentação do referido documento iniciamos a aproximação com os participantes na própria US, tendo na oportunidade apresentado a finalidade da pesquisa. Ao final desse contato, os gerentes de US da APS foram convidados a participar da pesquisa, de acordo com sua vontade e disponibilidade.

Juntamente com os profissionais que se dispuseram a participar da pesquisa foi definido o momento e o local para a realização da entrevista com agendamento. Algumas entrevistas foram realizadas no primeiro contato e outras foram agendadas para períodos em que o fluxo de atividades e a demandas de usuários estivessem menor.

Nas UBS, houve maior flexibilidade de horário dos gerentes para a realização das entrevistas; considerando que nas mesmas, os gerentes atuavam exclusivamente nesse trabalho, já nas USF foi necessário agendar previamente a entrevista, tendo em vista que os gerentes eram enfermeiras, que exerciam a trabalho assistencial e gerencial e possuíam um cronograma de consultas de enfermagem a serem realizadas.

Antes de iniciarmos as entrevistas sinalizamos a liberdade para que os participantes escolhessem o local que considerassem mais apropriado para as entrevistas. O tempo de duração das entrevistas variou entre 5 e 42 minutos.

No momento da entrevista ficamos atentas à flexibilidade quanto ao tempo de duração e às condições favoráveis ao ambiente de realização. Assim, 16 entrevistas foram realizadas em salas reservadas, enquanto duas (2) foram realizadas na recepção das US, no entanto, considerando a privacidade, o anonimato e o sigilo certificamos no momento da conversa não haviam indivíduos próximos.

O material obtido das entrevistas foi registrado em um aparelho celular, por meio de um *software* de gravação de áudio, após a autorização dos participantes. Dois (2) entrevistados solicitaram o envio do áudio das entrevistas, via telefone celular, sendo posteriormente a gravação enviada aos mesmos, uma vez que foi garantido que se assim

desejassem, poderiam excluir ou ampliar sua fala sobre as questões apresentadas. Todavia, os entrevistados não manifestaram o interesse em alterá-los.

Ademais, a observação foi iniciada após o primeiro contato, apresentação e aceite dos participantes para a realização do estudo. Os mesmos estavam cientes da realização da coleta de dados por meio dessa técnica, e que a mesma seria feita de maneira cautelosa, buscando não interromper as atividades realizadas.

Também foi possível obter impressões acerca da atuação dos gerentes durante e após a realização das entrevistas, já que ao longo das mesmas, o gerente foi solicitado para intervir sobre demandas da US. Em 13 US, procedemos observação em dois dias, a primeira após o aceite do participante e a segunda após a realização da entrevista; em cinco (5) US realizamos e observamos apenas em um dia após a realização da entrevista.

Por fim, as informações obtidas por meio da observação foram registradas, distantes do âmbito das US estudada, na Folha de registro da observação sistemática (APÊNDICE C), para que não houvesse constrangimento dos participantes.

### 3.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS

O método de análise de dados empregado foi a análise de conteúdo, o qual “... relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados” (MINAYO, 2006, p.203). Dentre as modalidades de técnicas de análise de conteúdo existentes (análise de expressão; das relações; da enunciação; temática), escolhemos a análise temática por ser aquela que trabalha com o *tema*, representado por palavras ou frases, e que consiste em desvendar os “... núcleos de sentido que compõem uma comunicação...” (MINAYO, 2006, p. 209).

A análise de conteúdo temática, na perspectiva qualitativa, preocupa-se com a presença de determinado tema, fato que expressa as referências e os modelos de comportamentos nas falas (MINAYO, 2006). Nesse sentido, ao buscarmos a compreensão dos significados no contexto da fala, por meio da inferência, foi possível alcançarmos uma interpretação mais profunda (GOMES, 2011).

Com base nessa perspectiva consideramos a trajetória de análise proposta por Gomes (2011), adaptada da técnica original de Bardin (1979) para a construir a trajetória da análise

de conteúdo temática que contemplou as seguintes etapas: 1) organização do material 2) exploração do material e 3) interpretação e síntese

#### 1) Organização do material

Inicialmente foi realizamos a transcrição das entrevistas, garantindo a fidedignidade das falas dos participantes, e o preparo dos registros das observações. Em seguida, fizemos uma leitura de primeiro plano, com a finalidade de obter uma visão geral sobre o material selecionado, observando as particularidades do mesmo, além de apreender as primeiras impressões que serviram de base para a análise e interpretação do material.

#### 2) Exploração do material

Nessa etapa fizemos a leitura exaustiva do material, tomando como base o objeto, o referencial teórico, o pressuposto e os objetivos do estudo e apreendemos os núcleos de sentido.

Os seguintes dos sentidos foram identificados: elementos constitutivo do PT (agentes, objeto, instrumentos, tecnologias, finalidade/atividades); contexto político (poder, tomada de decisão, autonomia), contexto organizacional (estrutura do serviço), contexto relacional (relacionamento interpessoal, trabalho em equipe; trabalho em grupo), contexto técnico (competências, habilidades e formação profissional); atributos essenciais atenção de primeiro contato (acesso e acessibilidade, oferta de serviço, porta de entrada), longitudinalidade (relação equipe-usuário, relação gerente-usuário; vínculo); integralidade(ações de prevenção e recuperação, ações intersetoriais), coordenação (demanda populacional, articulação entre os níveis de assistência e modelo de atenção), atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), dificuldades, facilidades.

Para cada um dos núcleos de sentido (**quadro 7**) foi feito o recorte de trechos, falas, frases das entrevistas e acrescentadas os registros da observações sistemática, obtendo ao final, a síntese individual (vertical) das entrevistas, além da síntese coletiva (horizontal) que contempla as principais ideias e temas expressas pelo grupo. No conteúdo obtido pela síntese coletiva (horizontal) também foram verificadas as convergências, divergências e diferenças entre as falas dos participantes.

A seguir, no **quadro 7**, apresentamos o quadro de síntese das entrevistas de acordo com os núcleos de sentido.



**QUADRO 7** Síntese das entrevistas dos Gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde. Feira de Santana-BA. Set – Dez 2017.

ENTREVISTADO		GUBS <sup>5</sup> 1 ou GUSF <sup>6</sup> 1	GUBS 2 ou GUSF 2	GUBS 3 ou GUSF 3	.....	GUBS 8 ou GUSF8	Síntese coletiva (horizontal)		
							Convergente	Divergente	Diferente
NÚCLEOS DE SENTIDO									
PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL	ELEMENTOS	Agentes							
		Objeto							
		Instrumentos /Tecnologias							
		Finalidade/ Atividades							
	CONTEXTOS	Político							
		Organizacional							
		Relacional							
		Técnico							
	ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS DA APS	Atenção ao primeiro contato							
		Coordenação							
		Integralidade							
		Longitudinalidade							
		Orientação familiar							
		Orientação comunitária							
		Competência cultural							
	Facilidades								
	Dificuldades								
	<b>Síntese individual vertical</b>								

**Fonte:** elaborada pela autora a partir das entrevistas

<sup>5</sup> GUBS – Gerente de Unidade Básica de Saúde

<sup>6</sup> GUSF – Gerente de Unidade de Saúde da Família

### 3) Interpretação e síntese

Na terceira etapa, realizamos o diálogo entre as ideias e temas, os objetivos, questão e pressupostos da pesquisa e redigimos a síntese final, retomando o referencial teórico para embasar as análises e dar sentido à interpretação (SANTOS, 2012).

A figura 3, demonstra as etapas de desenvolvimento da análise

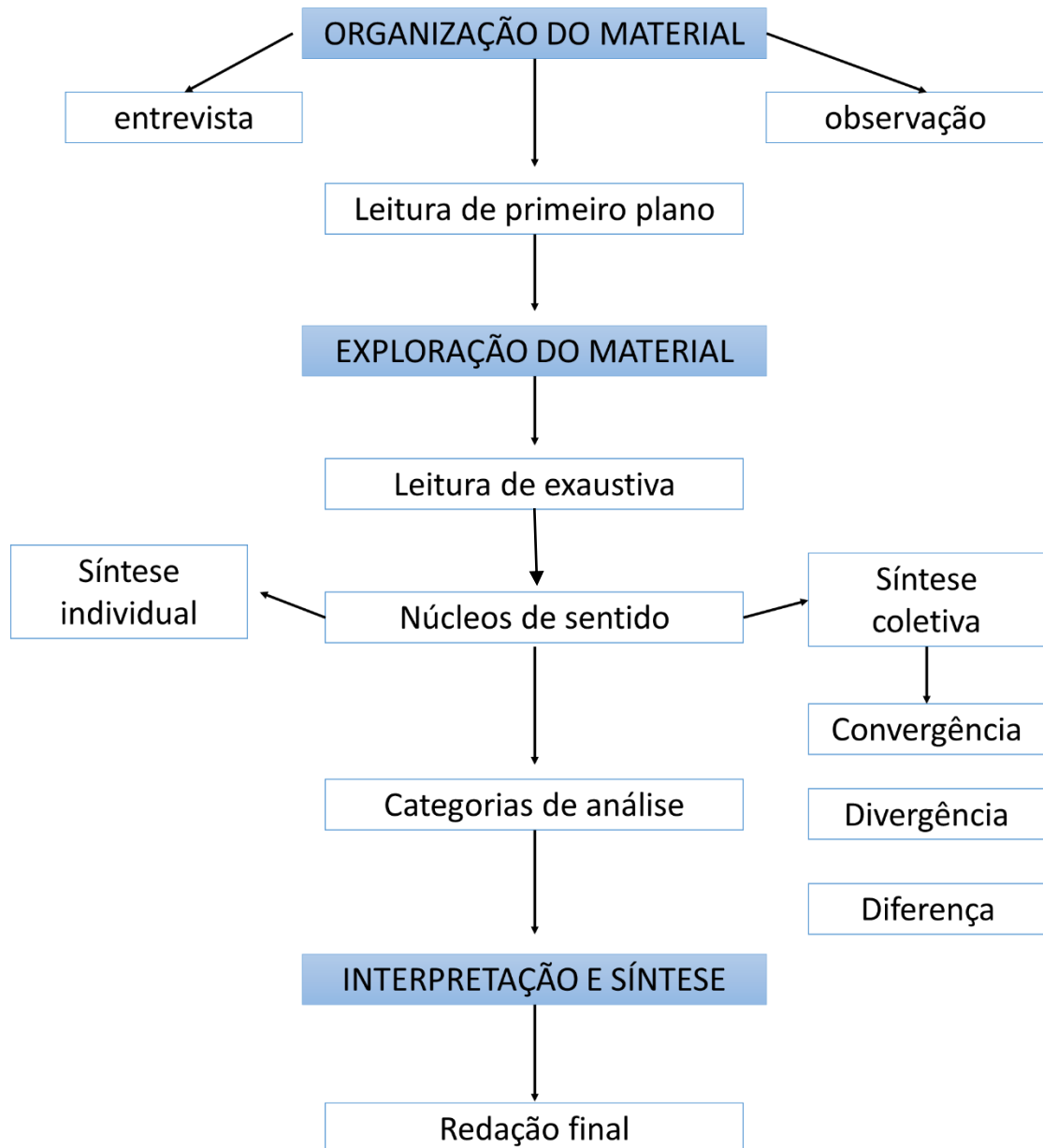


FIGURA 3 Fluxograma do desenvolvimento da análise de conteúdo temática

**Fonte:** elaborada pela autora a partir de Gomes (2011)

Os núcleos de sentido possibilitaram à apreensão das categorias de estudos:

- Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos gerentes de Unidade de Saúde da APS local
- A dinâmica do Processo de Trabalho de gerentes de US: elementos constitutivos e contextos
- O agir dos gerentes de US: limites/potência para o fortalecimento dos atributos da APS local.

No texto empírico analisado, os Gerentes de USF foram identificados por meio da sigla GUSF, enumerados de 1 a 10, já os Gerentes de UBS foram identificados como GUBS, enumerados de 1 a 8, de acordo com a ordem de realização das entrevistas e observações. Algumas das falas dos gerentes estão com fragmentos em negrito com o objetivo de dar destaque aos aspectos específico da análise.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está vinculado a pesquisa intitulada “Acesso com qualidade aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família em dois cenários da Bahia” (2011), autorizada pelos Protocolo CEP/UEFS nº 483297/2011 e institucionalizado através da Resolução CONSEPE nº 105/2012.

A pesquisa foi desenvolvida considerando as determinações da Resolução nº 466/2012, acerca das pesquisas envolvendo seres humanos. Por este motivo, consideramos os princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, asseverando os aspectos pertinentes aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012c). Foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (Universidade Estadual de Feira de Santana), sendo apreciado e aprovado, mediante parecer nº 2.234.542/2017 (ANEXO B).

Através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), apresentamos aos participantes as considerações acerca deste estudo. Foi garantido o sigilo das informações fornecidas pelos mesmos e a possibilidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios da

pesquisa, a justificativa, os objetivos e os procedimentos de coleta de dados utilizados, além esclarecer a ausência de incentivo financeiro ou custos por participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da autorização da Secretaria Municipal de Saúde e da Coordenação da Atenção Primária à Saúde de Feira de Santana e da assinatura do TCLE pelos participantes.

Os arquivos das entrevistas e os registros das observações serão mantidos arquivados em CD-ROM por um período de cinco anos após o encerramento do estudo, no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – (NUPISC), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia, e após este período será destruído.

Os riscos desta pesquisa estavam relacionados à possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização deste estudo, devido ao modo de aplicação dos instrumentos, falha em regular a privacidade, por se encontrar em uma situação de protagonista, por medo de perda do trabalho, possibilidade de causar conflito no ambiente de trabalho e além do desconcerto empático entre o entrevistado e entrevistador (GOUVEIA et al., 2006). Por esse motivo, garantimos as definições da Resolução nº 466/12, relacionada à manutenção da integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural do participante e respeitada à autonomia do sujeito.

Aos participantes do estudo foi garantido o anonimato e o direito de interromper a sua participação em qualquer momento da pesquisa, sem que houvesse penalizações ou prejuízos. Os seus resultados obtidos a partir deste estudo serão discutidos e divulgados apenas no meio acadêmico e científico, assegurando-lhe que sua identidade jamais será revelada.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados principalmente a possibilidade de se obter conhecimentos, através da análise das dimensões do processo de trabalho gerencial e da reflexão sobre as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos gerentes das Unidades de Saúde da APS do município. Além disso, os resultados do mesmo poderão auxiliar na identificação de alternativas que ofereçam subsídios para o desenvolvimento das funções gerenciais, de modo a melhorar o processo de trabalho e garantir a qualidade de saúde para os usuários.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item, são apresentadas, analisadas e discutidas as categorias que emergiram a partir dos núcleos de sentidos apreendidos nas entrevistas com os gerentes de US da APS e das observações do cotidiano do trabalho dos mesmos.

Na categoria **Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos gerentes de Unidade de Saúde da APS local**, apresentaremos os aspectos sociodemográficos e profissionais de gerentes de US da APS local.

**A dinâmica do Processo de Trabalho de gerentes de Unidade de Saúde da APS: elementos constitutivos e contextos**, segunda categoria, discutiremos a compreensão do PTG com base nos seus elementos constitutivos e a existência de diferentes dinâmicas de PTG frente aos contextos político, técnico, organizacional e relacional na APS.

E, na categoria **O agir dos gerentes de US: limites/potência para o fortalecimento dos atributos da APS local**, apreendemos as nuances que revelam a complexidade de se trabalhar no âmbito das US da APS, principalmente no que se refere aos atributos da APS; sinalizamos os limites e as possibilidades que favorecem o fortalecimento dos atributos da APS local a partir do desenvolvimento das ações e práticas dos gerentes e das equipes de saúde com foco na melhoria da saúde e bem estar da população.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL DOS GERENTES DE UNIDADE DE SAÚDE DA APS LOCAL

Os participantes foram 17 mulheres e apenas um (1) homem, com idade variando entre 27 a 53 anos. Quanto ao formação profissional 11 eram enfermeiras, um economista e um assistente social, um (1) participante ainda estava cursando a graduação em Serviço Social; dois (2) gerentes revelaram ter nível médio completo e outros dois (2) possuir curso profissionalizante de nível médio nas áreas de Administração e Segurança do Trabalho.

A seguir, no **quadros 8**, apresentamos a caracterização dos participantes deste estudo.

**QUADRO 8** Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos gerentes de Unidades de Saúde de APS. Feira de Santana – BA. Set – Dez 2017.

Nome	Idade (anos)	Sexo	Formação <sup>7</sup> profissional	Tempo de formação	Tempo de atuação	Tempo de atuação na USF estudada	Vínculo empregatício	Pós-graduação e Outros	Cursos na área de gestão/gerência	Experiência anterior em gestão/gerência
GUSF1	44	F	Enfermeira	7 anos	6 anos e 8 meses	4 anos	Cooperada	Terapia intensiva	Não	Sim
GUSF2	27	F	Enfermeira	6 anos	3 anos	3 anos	Cooperada	Urgência e emergência	Sim	Sim
GUSF3	28	F	Enfermeira	5 anos	3 anos	06 meses	Contrato	-	Não	Sim
GUSF4	48	F	Enfermeira	24 anos	10 anos	6 anos	Cooperativa	Saúde coletiva com ênfase em Saúde da Família	Não	Não
GUSF5	30	F	Enfermeira	2 anos	-	1 anos e 5 meses	Cooperativa	Emergência e UTI (em andamento)	Não	Não
GUSF6	42	F	Enfermeira	5 anos	-	01 mês	Cooperativa	Urgência e Emergência	Não	Sim
GUSF7	28	F	Enfermeira	3 anos	-	1 anos e 06 meses	Outros	Saúde Pública	Sim	Não
GUSF8	30	F	Enfermeira	5 anos	-	3 anos	-	Urgência e emergência (incompleto)	Não	Não
GUSF9	34	F	Enfermeira	8 anos	08 anos	08 meses	Cooperativa	Gestão em saúde pública	Sim	Sim
GUSF10	27	F	Enfermeira	06 anos	06 anos	04 anos	Cooperativa	Saúde Coletiva	Sim	Sim
GUBS1	36	M	Ciências econômicas	07 anos	13 anos	13 anos	Cooperado	Pós graduação em Gestão de projetos (em andamento)	Sim	Sim
GUBS2	30	F	Serviço social	02 anos	09 anos	03 anos	Cooperativa	Graduação em administração (em andamento)	Não	Sim
GUBS3	48	F	Enfermeira	07 anos	2 anos	03 meses	Terceirizado	-	Sim	Não
GUBS4	42	F	Ensino médio	-	12 anos	5 anos	Contrato	-	Sim	Não
GUBS5	42	F	Ensino médio	20 anos	04 anos	02 anos	Cooperativa	-	Sim	Sim
GUBS6	35	F	Serviço social (andamento)	-	05 anos	02 anos	Cooperativa	-	Sim	Sim
GUBS7	37	F	Assistente/ Administração	-	-	04 anos	Contrato	-	Sim	Sim
GUBS8	53	F	Técnico segurança do trabalho	03 a 04 anos	07 anos	07 anos	Cooperativa	-	Sim	Sim

Fonte: elaborada pela autora a partir das entrevistas coletada

<sup>7</sup> Utilizaremos o termo trabalhador(es) da saúde nesta dissertação devido a multiplicidade de formação dos gerentes não pertencente a categoria de profissionais de saúde. E trabalhador da saúde se refere a qualquer pessoa que trabalha no cenário da saúde.

A predominância de mulheres e enfermeiras na atuação como gerente de US, também é apresentada nos estudos de Brondoni Junior, Heck e Ceolin (2011), Carvalho et al (2014), Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014). Tais autores relacionam tal fato à formação profissional da enfermagem pois tem uma herança histórica marcada por ideologias, mitos e preconceitos de que é uma profissão afeita ao ser feminino, por ser identificada como o “ato de cuidar” e que para sua execução requer características de “natureza” feminina, ou seja, uma profissão abnegada, altruísta, devotada, e obediente às normas e hierarquias estabelecidas (PASSOS, 2012).

Por outro lado, para Araújo, Miranda e Garcia (2014) a ascensão profissional dos graduados em enfermagem na área de gestão pública, ocorreu em virtude da estruturação do SUS, principalmente pela organização das US da APS e pela formulação do conteúdo programático dos cursos de graduação, os quais contemplam como competências as práticas gerenciais. No que se refere, aos gerentes com outras formações profissionais Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014), referem que eles existem mas em quantidade desigual em relação aos profissionais com formação em enfermagem.

A respeito do tempo de formação dos entrevistados houve uma variação entre dois (2) a 24 anos e tempo de atuação em serviços de saúde entre dois (2) a 13 anos. Quanto ao tempo de atuação na USF estudada, houve uma variação de um (1) mês a 13 anos.

Quanto a forma de vínculo empregatício 12 são cooperativados, três (3) referiram contrato, um (1) vínculo terceirizado, um (1) outro vínculo não especificado e um (1) não respondeu.

As características acerca da forma de contratação e vínculo empregatício se diferencia do estudo de Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014), pois na realidade local há grande presença da contratação via cooperativa, e no estudo desses autores, a contratação foi por meio de concurso público/ teste seletivo, sinalizando que no âmbito municipal os contratos incertos estavam sendo substituídos por quadros próprios de funcionários. Apesar disso, os autores ainda observaram como forma de contratação a indicação dos gestores do sistema de saúde e análise currículo, o que permite o ingresso e a demissão com mais facilidade do que os concursados e aumenta a rotatividade de pessoal.

Quanto a rotatividade de pessoal, percebemos na realidade estudada que o tempo de atuação na mesma US variou entre vínculos mais curtos (um mês) e vínculos mais longo (13 anos). Assim, compreendemos que esta variação pode influenciar no estabelecimento de vínculo com os usuários, comunidade e os próprios profissionais/trabalhadores da equipe de saúde.

No que se refere a qualificação profissional três (3) participantes possuíam pós graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva, uma (1) em Gestão em Saúde Pública, cinco (5) em Urgência e Emergência / Terapia intensiva, um (1) participante referiu estar realizando curso de pós graduação em Gestão de projetos, um (1) cursando graduação em Administração e sete (7) participantes não referiram a realização de cursos de graduação, especialização, ou outros tipos.

Sobre este aspecto Ximenes-Neto e Sampaio (2007), destacam o predomínio de gerentes com especialização e/ou residência em Saúde da Família e Saúde Pública, ou seja, formações próprias do campo da APS, atribuindo tal fato a investimentos que o município realizou para a educação de sua equipe de trabalhadores, como também a oportunidade e o fácil acesso à universidade.

Quanto a realização de cursos específicos na área de Gestão/Gerência em Saúde, 11 participantes referiram ter realizado, deste, sete (7) informaram ter participado de cursos ofertados pela SMS / Divisão de Enfermagem, um (1) participante pela internet e outros três (3) não especificaram onde realizaram o curso.

A falta de qualificação no ingresso das atividades gerenciais também é mencionada Ximenes-Neto e Sampaio (2007), porém, no referido estudo essa qualificação foi realizada posteriormente, mediante atividades de educação permanente, contemplando conteúdos que não são próprios do processo de trabalho gerencial, mas sim relativos à organização do serviço quanto aos programas ministeriais voltados a assistência aos usuários de Hanseníase, pré natal, hipertensão, diabetes, tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher e outros.

Todavia, os próprios gerentes de US da APS, reconhece a importância de qualificação acerca de temas que aprofunda as necessidades de planejamento, organização de sistemas e serviços, política de pessoal, planejamento e economia da saúde, os quais podem contribuir para melhorar o desempenho dos gerentes e ampliar a capacidade dos mesmos em avaliar as necessidades de saúde e a tomada de decisão na gestão do território (XIMENES-NETO; SAMPAIO,2007).

Quanto a experiência profissional anterior em gestão/gerência sete (7) participantes revelaram vivências anteriores em outras US da APS do próprio município, em US da APS de outra cidade, Rede de Frios, Central de Regulação; cinco (5) participantes afirmaram ter experiência em empresas e lojas; e (6) referiram não ter experiência anterior.

Sobre a experiência profissional na gerência de US da APS para, Carvalho et al.(2014) a pouca experiência gerencial dos indivíduos que ocupam tal cargo/função e ressalva pode



influenciar na condução das ações do trabalho gerencial, pelo distanciamento com o conhecimento sobre processo de trabalho na APS.

#### 4.2 A DINÂMICA DO PROCESSO DE TRABALHO DE GERENTES DE UNIDADES DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS E CONTEXTOS.

A gerência é uma ciência? Deve ser entendida como arte? É aprendida em meio as experiência diária? Quem é o responsável e o que é necessário por realizar tal atividade? Para que serve a gerência? Qual a sua importância nos diferentes âmbitos da saúde? São alguns dos questionamentos que surgem na medida em que nos aventuramos a estudar o cotidiano do trabalho gerencial de US da APS local.

O estudo sobre gerência tem caminhado por diversas áreas como Econômica, Saúde, Educação e outros, sendo relacionada a modelos que vão desde uma visão clássica, fundamentada na racionalidade instrumental e guiado por etapas, até a contemporaneidade, em que se preza por uma visão inovadora, baseada principalmente na articulação com o ambiente e a interação com pessoas.

Por esse motivo, é que consideramos que a dinamicidade do processo de trabalho de gerentes da APS local advém dos núcleos de sentidos apreendidos neste estudo e que sinalizam para uma interconexão que envolve os elementos constitutivos do PTS, os contextos político, organizacional, técnico e relacional presente no âmbito de cada US da APS, além da interdependência com os atributos da APS.

##### 4.2.1 Os elementos constitutivos do Processo de Trabalho de Gerencial em Unidade de Saúde da APS

O processo de trabalho de gerentes de US da APS é constituído pelos elementos a seguir: o **objeto do trabalho** (aquilo que pode ser transformado), **finalidade do trabalho**

(uma necessidade a ser suprida), **instrumentos do trabalho** (o que é utilizado para atuar sobre o objeto/tecnologias relacionais) e **agentes do trabalho** (sujeito da ação) (MENDES-GONÇAVES,1992; MERHY,2002).

A forma como esses elementos se articulam no cotidiano do trabalho de gerentes de US da APS, pode favorecer ou não o trabalho gerencial e conseqüentemente a sua conformação como um processo, algo que está em desenvolvimento, em contínua realização. A dinâmica do PTG é favorável quando estimula a construção de novos modos de fazer, de enfrentar desafios, de interligar pessoas e interagir com o ambiente e torna-se desfavorável na medida em que limita e controla os processos, segue passos rígidos e não permite a interação com as pessoas e o ambiente.

Compreendemos a partir dos dados coletados que o agente do Processo de Trabalho Gerencial (PTG), é o Gerente de US da APS (USB e USF). Essa centralidade do agente do PTG, na pessoa do gerente de US da APS, foi visualizada a partir das falas dos indivíduos ao atribuírem toda responsabilidade do trabalho gerencial a si próprio, mesmo contando com a ‘ajuda’ dos outros membros internos e externos da US da APS.

O agente é considerado o sujeito da ação; é quem executa ações utilizando instrumentos para transformação do objeto, e assim determinar uma finalidade ao trabalho.

Sobre esse agente centrado na figura do Gerente de US da APS, os fragmento das falas dos entrevistados sinalizam que o domínio sobre a trabalho gerencial já começa pela forma como eles acreditam que devem ser denominados. Assim, os entrevistados fazem menção ao termo líder, e negam os termos ‘gerente’ / ‘chefe’, para se referir ao seu trabalho. As falas a seguir demonstram esse aspecto

[...] eu acho que o **gerente** tem que ser **líder** e **não gerente**[...] (GUBS 3)

Porque aqui não tem **chefe**, a gente é **líder**[...] (GUSF 6)

Ao gerente/chefe tem sido associado a ideia de controle, comando sobre os processos, com o intuito de garantir o sucesso da organização, já ao líder é atribuída a capacidade de lidar com pessoas, influenciando as mesmas para conquistar um objetivo em comum (OELRICH,2016). Nesse sentido, a ideia presente nas falas dos entrevistados quanto a necessidade de ser líder, parece indicar a vontade dos mesmos em romper com os padrões estabelecidos pela modelo de gerência tradicional sobre ser chefe/gerente e comandos todos os processos das US da APS.

Todavia, Oelrich (2016, p.182) alerta que o que “leva muitos líderes à bancarrota é simplesmente a não coerência das suas atitudes perante o discurso que tanto pregam” e Bendassolli, Magalhães e Malvezzi (2014), reforçam que o conceito de liderança, tem sido tradicionalmente corrompido ao ser relacionada aos instrumentos de autoridade que acompanham a ação gerencial e, desse modo, torna-se cada dia mais comum a substituição da estrutura hierárquica e a evolução do conceito em direção da criação de competências.

As competências gerenciais contemplam conhecimentos gerais e humanísticos, as habilidades de escrita e leitura, de raciocínio lógico e desenvolvimento do pensamento crítico que são essenciais para a construção das atitudes, habilidade e saberes profissionais (TRALDI; SANTOS, 2015). O uso dessas competências individuais, no dia-a-dia de trabalho do gerente de US da APS, é fundamental em virtude da complexidade e das constantes mudanças que se processam no ambiente de trabalho, demonstrando que modelos ou ferramentas de controle tem baixa capacidade de suprir tudo que surge de novo nesses espaços (GODOY; D’AMELIO, 2012).

Os gerentes de US da APS tem em mente um ‘modelo de gerente’, e apresentam conhecimentos, habilidades e atitudes (competências) que consideram importantes para compor a figura do ‘Bom gerente’, que além de ter jogo de cintura, saber dizer o não e ser ouvinte, precisa estar atento, se doar e buscar inovar no seu trabalho. As falas a seguir caracterizam este ‘modelo de gerente’:

[...] o gerente você tem que entender **ter um jogo de cintura e você saber dizer o não** também ao paciente [...] não é fácil pro gerente ter que balancear as coisas **você tem que ser bem ouvinte** e também **quando for falar ter um certo cuidado com o que você vai falar**, [...] então **a gente tenta ser o mais transparente** possível ne...com o paciente[...] é onde vem a **questão da flexibilidade do gerente**, você saber **conversar**, você saber **dialogar**, não adianta você chegar aqui destratando o paciente, porque só quem perde é você (GUBS 1)

Eu acredito que eu vim **pra fazer a diferença**, eu acredito assim, porque assim, um **gerente pensar em uma brinquedoteca** de uma Unidade Básica [...] (GUBS 2)

[...] você tem que estar apto e preparado pra **saber dar um não**[...] você sabendo **conversar**, mesmo não tendo as ferramentas, mas você sabendo lidar da tudo certo no final. (GUBS7)

[...] eu estou chegando agora na Unidade [...] a gente precisa ter aquele **jogo de cintura** (GUSF 6)

[...] aí eu tento **explicar, conversar**[...], a gente **tem que saber como dar esse não** (GUSF 8)

[...]se chegar um paciente querendo uma receita, você não tem médico na unidade, o fato de **você ouvir** aquele paciente e **tentar dar um jeito** pra resolver aquele problema dele (GUSF 10)

[...]e assim então interessante que o gerente ele **esteja atento** a tudo que ocorre dentro da Unidade de Saúde (GUSF 1)

[...] então a gente **se doa na verdade** [...], buscando **novas técnicas**, outras maneiras de trabalhar ne, novas maneiras de se interagir com o paciente, com os nossos colegas, pra justamente a gente tocar pra frente (GUSF 5)

Ao observamos características e situações ilustradas pelas falas dos gerentes, com as competências gerenciais citadas no estudo de Mintzberg (2011a), que propõe modelo genérico aplicado a qualquer área, consideramos a importância dos gerentes de US da APS, terem essa visão ampliada do trabalho gerencial. O **quadro 9** a seguir apresenta tais características.

**QUADRO 9** Características das competências gerenciais dos gerentes *versus* competências Modelo genérico de Mintzberg (2011a)

Competências gerenciais dos gerentes	Competências gerenciais de Mintzberg (2011a)
Jogo de cintura, flexível	Flexível, mente aberta, tolerante
Saber dizer não, dialogar, conversar, ser ouvinte	Comunicativo, franco, passional, apoiador/solidário/empático
Atento	Conectado/informado
Fazer a diferença, ser criativo	Inovador, visionário,
Se doar	Comprometido, responsável

As competências foram convergentes nos dois estudos constituindo-se em modelo do ‘Gerente Contemporâneo’, na visão dos gerentes.

Em contrapartida, nas falas dos gerentes eles tem um entendimento sobre as características do gerente que consideram inadequadas, configurando assim o modelo de ‘Gerente Tradicional’. Vejamos as falas abaixo

Imagine você é um **gerente que é emburrado**, que não **sabe conversar** que é um **cara vagaroso**, que **não tem postura de iniciativa** por exemplo né obviamente que você não vai contribuir em absolutamente nada no perfil de gerente nesse nível né (GUBS 1)

[...] aquele gerente que fica só **de cabeça fechada**, só ouvindo aquilo ali, sem tentar mudar, só **sentadinho** ali [...] (GUBS 3)

Entretanto, para Custódio et al (2013) os motivos que favorecem o sucesso para o trabalho de um gerente não dependem apenas dele e das competências que ele possui ou que decidiu desenvolver. Esse sucesso pode depender da existência de momentos e condições

propícias para realizar uma intervenção ou de um comportamento adequado e não planejado para gerar resultados positivos.

Desse modo, se o gerente apresenta características “negativas”, tais como um comportamento ‘emburrado’, ‘não sabe conversar’, ‘sem iniciativa’, ‘cabeça fechada’, elas poderão repercutir no surgimento de problemas e, conseqüentemente, o fracasso do seu trabalho gerencial pode ser justificado, de acordo com Mintzberg (2010), em função da inabilidade pessoal, da presença de visões equivocadas ou até pela ausência de um perfil adequado para aquele tipo de trabalho.

Concordamos com Traldi e Santos (2015) ao afirmarem que os gerentes de US devem ser pessoas que, de posse das suas competências, agem como impulsionadores de mudanças, direcionando as reflexões e ações sobre o lócus de trabalho e sobre as pessoas envolvidas, a fim de potencializar a intervenção sobre as demandas cotidianas.

Especialmente, destacamos como demandas, aquelas referidas por Mendes (2015) dentre elas o fortalecimento dos atributos da APS como atenção de primeiro contato, atenção integral, longitudinalidade, ordenamento do fluxo de usuários nos diferentes níveis da RAS, atenção baseada na família, nas necessidades da comunidade e no respeito as questões culturais de cada lócus.

Ainda acerca do agente do PTG, os gerentes de US da APS, revelaram suas características pessoais que nos ajudam a analisar as competências gerenciais que os mesmos possuem ou desenvolveram para atuar na gerência dessas unidades.

A partir das características pessoais apresentadas pelos gerentes de US da APS elaboramos um quadro ilustrativo sobre os tipos de gerentes que para fins didáticos separamos em **Grupo A** e **Grupo B**. No **grupo A** reunimos os gerentes que denominamos empático, paciente e maleável, no **grupo B** reunimos aqueles com características de fiscal/controlador, enérgico (**Quadro 10**).

**Quadro 10:** Tipos de gerentes de US da APS local. Feira de Santana/BA, Set-Dez.2017.

<b>GRUPO A</b>	<b>Gerente empático:</b> aquele que se coloca no lugar do outro, compartilha e busca compreender as necessidades de outrem	[...] eu fujo um pouco, <b>eu vou muito para o lado social</b> [...] (GUBS 1)  [...]gosto mais de estar em <b>contato com o paciente, público</b> [...] (GUBS 3)  [...]você se <b>coloca no lugar do usuário, compra briga</b> , fica cobrando, cobrando, quando a gente consegue é uma vitória [...] (GUBS 7)
	<b>Gerente paciente:</b> calmo, sereno, sabe esperar	Geralmente eu sou <b>muito tranquila</b> , busco ter uma boa convivência, uma convivência <b>cordial</b> com os funcionários [...] (GUSF 3)
	<b>Gerente maleável:</b> que se adapta a diferentes situações, que é flexível	Ao mesmo tempo que eu <b>sou firme eu sou flexível</b> [...]a gente <b>não deve ser rígida e dura e falar</b> com aquela autonomia <b>como se fosse chefe</b> o tempo todo [...] (GUSF 6)
<b>GRUPO B</b>	<b>Gerente controlador/fiscal:</b> aquele que controla, corrige e regula como deve ser feito, vigia aquilo que está sendo realizado	[...] minha porta fica aberta, então eu estou prestando meu serviço aqui na sala mas <b>eu tô de olho lá fora</b> também, <b>tô de olho na recepção</b> , eu estou de <b>olho na técnica de enfermagem, no enfermeiro</b> e principalmente <b>no paciente</b> que chega aqui com N's problemas (GUBS 1)  [...] a gente tem essa obrigação de estar realmente com os <b>olhos atentos</b> a tudo (GUBS6)  [...] <b>porta sempre aberta pra poder ver o que é que está acontecendo lá fora</b> , se tiver alguma intercorrência eu ir [...] (GUSF 10)  Mas o serviço de gerente assim pra mim é uma parte meio complicada, [...] <b>eu sou assídua, gosto de andar na linha, gosto de tudo certinho, sou muito preocupada</b> , entendeu, tudo pra mim tem que estar <b>tudo alinhado</b> [...] aqui era tudo bagunçado (GUBS 3)
	<b>Gerente enérgico:</b> aquele que é firme, que é decisivo, que age com rigor	[...] obviamente que tem um caso ou outro que a gente <b>tem que ter uma postura</b> , ser um pouco mais <b>enérgico</b> né? [...] (GUBS 1)  [...] não vou dizer que sou boazinha demais...porque tem dia que a gente <b>roda a baiana</b> como se diz, tem hora que eu <b>saio do prumo</b> , porque não tem quem <i>guente</i> [...] (GUBS 3)  [...] todas aqui <b>andam, todo mundo conforme a música que eu falo</b> , todo mundo, todo mundo [...] (GUSF 8)

O gerente empático, paciente e maleável se aproxima da imagem que os próprios gerentes entendem ser de um líder; já o gerente fiscal/controlador e enérgico, talvez esteja relacionado à imagem de chefe/gerente. Ao elencar essas características nos grupos A e B ressaltamos que não são imutáveis e nem excludentes, pois compreendemos que um único gerente pode apresentar características ambíguas e, inclusive, se inserir em ambos os grupos.

Tal percepção é visível na fala de GUBS 3 ao afirmar que é importante ser líder e não gerente, com características de um gerente controlador/fiscal, ao reforçar que “gosto de andar na linha, gosto de tudo certinho”.

Reiteramos assim, o entendimento de que o trabalho gerencial em saúde reforça e valoriza a predominância do caráter humano sobre o aspecto técnico, além de considerar a

integração entre trabalhadores, unidades de saúde e população, vindo a constituir um foco prioritário na organização dos sistemas de saúde (MANENTI et al.,2012).

Ainda pensando no agente do PTG, ousamos dizer que além do gerente de US da APS, é possível admitir outros agentes do trabalho como os membros da equipe multiprofissional, já que durante as observações notamos a interação de outros profissionais com usuários e com o ambiente de trabalho, para resolução de demanda não assistenciais.

Nossa visão mostra ter sentido, uma vez que é compartilhada por Weirichi et al (2009), ao defenderem que a gerência pertence a gerentes, trabalhadores e usuários, para que possa ser construído um projeto capaz de atender as necessidades da população e que tenha como base a integralidade das ações, a fim de que ocorra mudanças no processo cotidiano.

Ainda no que tange aos elementos do PTG, reconhecemos como objeto do trabalho dos gerentes de US da APS, aquilo que tem potencial para ser transformando, que apresenta uma necessidade. Foram considerados como objetos os profissionais da equipe de saúde e outros trabalhadores da saúde, usuário/comunidade, além da organização da Unidade.

Os objetos apreendidos a partir das falas dos entrevistados são compatíveis com os objetos apresentados por Nunes et al(2016). E por se tratar de um trabalho que admite vários objetos destacamos a complexidade de se trabalhar na gerência das US da APS local.

Os gerentes das US da APS ao mencionarem como objeto de seu trabalho os profissionais da equipe de saúde e outros trabalhadores da saúde, reconhecem que estão sob sua responsabilidade médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, ACS, dentistas, auxiliares de consultório dentário e auxiliares de serviços gerais. As falas abaixo ilustram tal fato

A gente gerencia a **parte administrativa**, [...]os **médicos, enfermeiras**, gerencia os **administrativos, os serviços gerais** [...] (GUBS 5)

O tempo inteiro a gente também lida com a parte de... de **funcionários e de médicos**[...] (GUBS 7)

[...] porque aqui na Unidade de Saúde da Família, o **enfermeiro** ele gerencia os **ACS, o grupo... a equipe técnica** né, a **médica** [...] (GUSF 1)

[...]você gerencia é **recursos humanos** [...] (GUSF 6)

No entanto, nos chamou atenção a fala que apresenta uma distinção entre os profissionais que consideram ou não como parte integrante do seu trabalho como gerente. Vejamos um exemplo:

Nós temos aqui, a **minha** parte administrativa, a **parte que eu coordeno** são os **assistentes administrativos** e a parte do **setor de higienização** que também faz parte da gerência, a **parte de enfermagem** quem coordena são as **enfermeiras** [...] (GUBS 2)

Esta visão é compatível com a lógica de divisão do trabalho taylorista/fordista da administração científica e incompatível com as determinações da PNAB (2017a, p.24), que institui como uma das responsabilidades dos gerentes “acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência”. Observamos que não há uma distinção entre parte administrativa e parte assistencial. Um fato que pode ter contribuído para tal distinção, é a peculiaridade das UBS de possuir um trabalhador que não tem formação na área de saúde para assumir as atividades gerenciais.

Outros relatos dos gerentes do estudo sinalizam usuário/comunidade como objeto de trabalho. Vejamos as falas dos entrevistados:

[...] também os **pacientes** chegam até nós, no caso a minha pessoa né, como gerente da Unidade[...] (GUBS 2)

[...] a gente lida com o **usuário** [...] (GUBS 7)

[...] hoje eu já lidei [...] com a **comunidade** [...] (GUSF 1)

A definição de Atenção Primária no Brasil, que tem como política a Atenção Básica, sinaliza que as ações desenvolvidas na mesma são destinadas aos indivíduos, as famílias e comunidades por meio de equipes de saúde.

É a partir do usuário e da comunidade com suas necessidades e motivos que os levam a procurar as US da APS que os profissionais e os gerentes de US vão concretizar os atos de saúde que terão repercussão “positiva” ou “negativa” sobre a resolutividade do cuidado. Segundo Schwartz et al (2010) é nesse primeiro contato que precisam ser estabelecido o vínculo e acolhimento, e as rupturas com os processos de desigualdade e exclusão a que muitos usuários tem sido submetidos nos serviços públicos do SUS. .

Quanto a organização da US como objeto de trabalho gerencial, os gerentes das USF/UBS referiram que são responsáveis pela ‘organização da Unidade’, ‘controle de atendimento’, ‘rotina da Unidade’, ‘dinâmica do serviço’, ‘supervisão da Unidade’ e outros.

[...] sou responsável pela **organização da Unidade, questão de horário, questão de assiduidade** [...] (GUBS 1)



[...] além da gente lidar com a **rotina da Unidade**[...] (GUBS 7)

E nessa gerência envolve toda a parte de **supervisão da Unidade** [...] (GUSF 4)

[...] da **porta de entrada até lá o final** tem que ser eu [...] (GUSF 8)

Essa lógica de organização da US pautada na ‘rotina da Unidade’ e ‘supervisão da Unidade’ nos remete mais uma vez a uma prática gerencial baseada na racionalidade instrumental, ainda uma influência dos princípios da Administração científica e clássica na forma de trabalhar o que, provavelmente, contribuem com a finalidade do trabalho gerencial.

A finalidade como elemento do PTG pressupõe a execução de atividades para atingir um resultado. Para tanto, o PTG toma como base o objeto e os instrumentos do trabalho para intervir sobre necessidades de saúde e sociais da população e as necessidades da equipe de trabalho.

Os relatos dos gerentes quanto a finalidade do PTG explicitam a intervenção sobre as demandas dos usuários e da US da APS. Durante as observações vivenciamos momentos em que os gerentes eram solicitados principalmente pelos usuários, para resolverem questões relacionadas com marcação de consultas, guias de exames e encaminhamento para outros serviços da rede de assistência. Esses usuários também procuravam a Unidade para adquirir recursos materiais como medicamentos, materiais para curativo e outros. No entanto, a depender do período do mês em que esses insumos fossem solicitados, o usuário deveria aguardar a chegada dos mesmos do setor de almoxarifado.

As demandas dos usuários das US da APS são relatadas nas falas a seguir:

[...] **tô indo lá na Central de Regulação fazer a cobrança** (de guias de exame), **já que o paciente ele não pode ir lá...** não é que não possa, mas assim, **o correto é o gerente ir lá na Central de Regulação fazer a cobrança** (GUBS 1)

[..] a gente **tenta resolver a situação dele (paciente)**, se ele precisa de uma **consulta**, se ele precisa de uma **marcação de exame** [...] **ajudar** aquele **paciente** (GUBS 2)

[..] sempre tem feito o **melhor pra comunidade** (GUBS 6)

[..] **ajudar paciente** na questão de **atendimento** (GUSF 8)

Dentre as atividades direcionadas para suprir as necessidades dos usuários/comunidade as falas dos gerentes citam o recolhimento e envio de guias de exames, a marcação de consultas e exames e a distribuição de medicamentos. Não podemos deixar de

sinalizar que elas são atividades direcionadas ao usuários/comunidade numa visão centrada no modelo biomédico, com valorização à atenção ao usuários doente, com fragmentação da assistência, foco em ações curativas, uso de medicamentos e distanciamento do contexto socioeconômico, político e cultural do mesmo, contraditório à atenção integral e focalização na família e na comunidade.

Diante dessa realidade, fica o nosso questionamento: O trabalho gerencial tem contribuído para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde na APS?

Os gerentes ressaltam também a necessidade de ‘avaliar a Unidade’ e consequentemente prover, repor aquilo que é necessário para o seu funcionamento. As falas seguir explicitam tal realidade:

[...]a gente sempre tem que estar **avaliando a Unidade**, vindo **o que é que precisa, o que é que falta, o que é que repõe, o que é que precisa solicitar**, em relação as medicações, vacinas, cronograma de agendamento de consultas, solicitação de medicação (GUSF 2)

[...] saber onde está cada coisa se responsabilizar por cada coisa ‘né’, saber **prover as necessidades da Unidade** (GUSF 5)

[...] os **pedidos de materiais** que se faz, é a organização do atendimento médico, são as **marcações, as cotas de exames** [...]alguns **ofícios** que eu tenho realmente que **encaminhar com frequência**, com pedido de material, com **pedido de manutenção**[...]tem **entrega de dados** com a nossa **supervisão** mensalmente (GUBS 6)

Então... na verdade a gente é responsável é...por algumas... algumas.... obrigações aqui, a exemplo, **pedido de férias de funcionários, é... entrega de material, pedido de material** quinzenalmente [...] também somos responsáveis pelo **balanço da farmácia** [...]Entradas e saídas de medicamentos, validade, lote, tudo direitinho.[...] **A própria manutenção da Unidade de Saúde** [...] a gente faz o **recolhimento das guias**[...] (GUBS 1)

Na parte de administração, a parte de coordenação. Nós fazemos o que? **Marcações de solicitações**, é... **solicitação de materiais ao almoxarifado, de medicação**, [...] em **relação também aos funcionários** ne... temos que estar **observando a frequência** ne, como é que está cada setor, **a necessidade de cada setor da Unidade, o que precisa para a gente fazer o pedido** (GUBS 2)

As necessidades da US de APS, segundo os gerentes, contemplam as demandas de recursos materiais e as demandas dos trabalhadores da saúde. Os gerentes fazem programação de pedidos de férias de funcionários, envio de frequência de funcionários, distribuição de medicamentos, solicitação de materiais no almoxarifado, solicitação de medicamentos e balanço da farmácia, manutenção da Unidade, e envio dos dados de supervisão mensal.

Ao observamos a PNAB (BRASIL,2017a, p.24-25), a correspondência entre as atividades mencionadas e as atribuições dos Gerentes da Atenção Básica visualizamos a assunção dessas atividades pelos mesmos. São elas:

Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento; Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência (BRASIL, 2017a, p.24-25)

A respeito da infraestrutura e dos recursos materiais os relatos sinalizam a necessidade dos gerentes de US da APS ficarem sempre atentos ao envio de ofícios, como comunicação oficial, tanto para solicitar reparos nas Unidades, assim como solicitar materiais, obedecendo o prazo mensal estabelecido. Nesse processo, ele contam com a participação de outros trabalhadores da saúde que sempre estão sinalizando as necessidades para garantir o bom funcionamento da Unidade.

No entanto, apreendemos divergências nas falas de gerentes de USF e de gerentes de UBS, quando os GUSF afirmam delegar algumas atividades, conferir atividades delegadas e supervisionar sala de vacina como também os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A gente tem que fazer toda parte administrativa, de gerência, escala, solicitação de material, reuniões de equipe pra poder ver como está o processo de trabalho, a organização de prontuários, ver trabalho dos agentes de saúde, gerenciar eles também, ver se eles estão cumprindo a carga horaria [...] solicitação de material, ofício de material de pacientes que faz uso contínuo, **farmácia geralmente a gente delega pras técnicas está fechando o mapa, a gente só faz a conferência**, porque como tem que ter nosso carimbo a gente olha pra ver se tá correto mesmo[...]olho a sala de vacina [...] quando tem guias pra mandar pra Secretaria a gente tem a administrativa, **ela que faz o protocolo e eu só confiro** a parte do protocolo (GUSF 10)

[...] e a parte burocrática que todo o serviço tem na verdade, a parte de mapa, de solicitação, de ofícios, de toda essa parte administrativa de modo geral a gente acaba sendo responsável **mesmo tendo uma assistente administrativa que ela faz a parte de pacientes, de ficha, de marcação de exame de central, mas a outra parte acaba sendo com a gente** (GUSF 4)

Eu chego **olho primeiro com relação as vacinas**, olho como está o **agendamento**, o atendimento, **vejo com relação a medicação se chegou**, se não chegou, vejo **com relação ao almoxarifado**, vejo o que está faltando ai **eu entro em contato com tudo**, ai eu começo o atendimento, tem alguns dias que é impossível fazer isso (GUSF 9)

Esses relatos se aproximam da concepção científica e clássica de Administração, sugerindo que os gerentes de US da APS local assumem a postura de um administrador que

delega, supervisiona, controla as ações realizadas por ‘subordinados’. Também apreendemos, na terceira fala, a forma de supervisão tradicional pois faz menção a prática de uma supervisão direta das atividades realizada por outros trabalhadores da saúde.

Apesar dos participantes do estudo não serem exclusivamente enfermeiros, as falas de tais profissionais reforçam a percepção de Vergílio (2015) sobre a influência de teorias administrativas no cotidiano do trabalho da enfermeira(o), já que desde o surgimento da Enfermagem como profissão, o hospital, lócus de atuação da enfermeira, foi organizado nos moldes das teorias científica e clássica, exigindo a atuação de profissionais que gerencie e supervisione os serviços de Enfermagem e outras demandas como limpeza, nutrição, rouparia, transporte, materiais. Esse molde de atuação foi extensivo ao trabalho das enfermeiras em US da APS, mantendo-as na centralidade das ações.

Todavia, um fato que chamou a nossa atenção sobre a finalidade do trabalho gerencial, durante as entrevistas e nas observações foi a Assistência Farmacêutica assumida pelos gerentes de US, a responsabilidade sobre todo o processo, com a participação de auxiliares administrativos e técnicos de enfermagem, reforçada na fala a seguir

**[...] o gerente conta toda o estoque de medicação, bota no mapa da vacina, quando a medicação chega ele conta novamente o estoque velho e coloca pra o próximo mapa; pense aí contar o estoque de uma farmácia, não tenho uma pessoa especializada pra farmácia [...] A menina ficava no e-SUS, que não era digitalizado (mas agora é), tinha que digitar e ao mesmo tempo na farmácia, agora chegou um rapaz, que tem experiência em computação ele me ajuda na farmácia, a gerente tem que contar remédio, não é porque é gerente, não pertence. [...] a medicação aqui só sai sobre receita... o povo quer levar o remédio da farmácia todo, quer que eu dê sem receita e eu não dou, porque eu sou enfermeira sei das complicações (GUBS 3)**

A Política Nacional de Medicamentos, a legislação brasileira por meio das Leis 5.991/73 e 13.021/14, além de outras normas legais determinam e regulamentam as ações de assistência farmacêutica como atribuição particular do farmacêutico (CRF-PR, 2014; MANZINI et al.,2015).

Uma realidade que retrata a fragilidade da Assistência Farmacêutica. Concordamos com Leite et al (2017) que o trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos no Brasil é, focado na acessibilidade do produto. Além disso, o Conselho Federal de Enfermagem (2015, s/p.) esclarece que “os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) não possuem competência, ética e legal para realizar dispensação e/ou supervisão de unidades farmacêuticas”.

O fato da PNAB (BRASIL, 2006a, 2012a) não apresentar no seu escopo o trabalho de gerente da AB talvez contribua com tal situação. É preciso refletir sobre algumas atividades assumidas pelas gerentes de US da APS local, uma vez que sua prática deve estar em consonância com o que determina a atual política de APS (BRASIL, 2017a), e as regulamentações de outras categorias profissionais.

De acordo com Merhy (2002), para o desenvolvimento do trabalho é necessário a utilização de instrumentos e pedaços da natureza, tomando-os como ferramentas e objetos, como tecnologias e saberes. Tecnologias que quando envolvidas no trabalho em saúde o autor as classificam em leves (relações), leve-duras (normas, protocolos, saberes estruturados das Ciências) e duras (máquinas, normas, estrutura organizacional).

Os instrumentos do PTG são os meios pelo qual o(s) agente(s) – gerente(s) de US da APS local - executa(m) sua(s) atividade (s), tendo como foco uma necessidade a ser suprida. Neste estudo os gerentes apresentaram como meios instrumentais para a realização do seu trabalho gerencial o uso de materiais, saberes, e tecnologias.

Por sua vez, Nunes et al (2016) acrescentam que cabe ao gerente reunir todos esses instrumentos com o intuito de organizar o trabalho em saúde, uma vez que, o uso adequado dos mesmos permite instituir condições para interagir e articular as ações dos trabalhadores da saúde.

Nas entrevistas e nas observações percebemos a utilização de materiais e uso de ofícios, relatórios, ficha de frequência, mapa da farmácia, mapa de cotas, computadores para marcação de consultas e bancos de dados de produtividade da US, retratadas em algumas falas que revelam tais instrumentos:

[...] a **Secretaria** [...] começou a **exigir a informatização**, pra gente estar passando **tudo isso para o computador**, esse computador é **ligado a um programa que é ligado ao setor de informação**[...] a gente determina alguém da Unidade de Saúde, um assistente administrativo pra fazer essa função, mas a gente também foi treinado para isso (GUBS 1)

[...] **aquele computador** que o rapaz fica lá sentado é do **E-SUS que tem que digitar a produção da Unidade** [...] **não pode ficar sem digitar, se ficar sem digitar a Unidade cai a produção**[...] os gerentes superiores eles querem muito número [...] (GUBS 3)

[...] **os atendimentos todos é registrado no sistema, que é MDS saúde**, [...] faz toda marcação, todo atendimento da Unidade [...] **a gente não deixa de ter nossos papéis** (GUBS 5)

**Por escrito a gente faz ofício, manda pra Secretaria**, a Secretaria manda material pra nós (GUBS 8)

[...] **porque tudo é por meio de ofício**, tudo tem que ficar registrado, tudo que sai, tudo que chega na Unidade (GUSF 7)

A informatização no setor de saúde tem potencial para se constituir em uma ferramenta de democratização da saúde e de melhoramento da gestão ao proporcionar o acesso e troca de informações que fundamentam a coordenação, planejamento, avaliação e viabiliza o controle social sobre os recursos disponíveis (ROTTA; ANDRADE, 2004). No entanto, apesar do Ministério da Saúde desde 1996 ter investido na informatização desse setor, e inclusive atualmente lançou o Programa de Informatização de UBS (PIUBS) com o objetivo de informatizar todos os serviços da AB (BRASIL, 2018c) ainda nos deparamos com a dificuldade dos profissionais em utilizarem os sistemas, o que contribuiu para a descaracterização dos seus objetivos sendo utilizado apenas como formulário de registro (CARRENO et al.,2015).

Na organização da APS no Brasil, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido como instrumento gerencial para acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas nas US (CARRENO et al.,2015) Atualmente ele foi atualizado e substituído pelo e-SUS Atenção Básica (AB), composto por um sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS) a partir do uso de fichas ( ficha de cadastro do domicílio e dos usuários, de atendimento individual, de atendimento odontológico, de atividades coletivas, de procedimentos e de visita domiciliar) até que as UBS possuam computador nos consultórios e salas de atendimento usando o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (BRASIL, 2018c).

Durante as observações, presenciamos momentos de uso do sistema de informação (e-SUS) por trabalhadores de saúde das Unidades, porém foi relatado a dificuldade de utilizar o sistema, assim como a necessidade de realizar treinamento para capacitação dos funcionários. Além, disso uma das falas sinaliza que “não pode ficar sem digitar, se ficar sem digitar a Unidade cai a produção e os gerentes superiores eles querem muito número” (GUBS 3). É possível visualizar que há pouca efetividade nesse sistema como ferramenta capaz de auxiliar no planejamento das ações em saúde, e conseqüentemente, favorecer o trabalho gerencial, uma vez que o objetivo do uso tem se mostrado como meramente quantitativo, para atingir as metas estabelecidas pelo sistema de saúde local para responder a uma exigência do governo federal.

Desse modo, os computadores assim como os ofícios, relatórios, ficha de frequência, mapa da farmácia, mapa de cotas compõem as tecnologias duras do trabalho em saúde e como tal representam o trabalho morto no PTG, pois são fruto de um trabalho humano anterior.

Os gerentes mencionaram os saberes e as técnicas como instrumentos do PTG para a realização do planejamento das ações programação, e cronograma para organizar o trabalho gerencial. Além disso, durante as observações visualizamos no mural das US a programação mensal de atividades educativas e de atendimento do NASF. Vejamos algumas falas que exemplificam:

Que tudo **tem que ter uma programação** [...] (GUSF 1)

[...] a gente tem um **cronograma de atividades** [...] (GUSF 4)

[...] **você planeja uma coisa, muitas vezes não sai daquele jeito**, mas **você se reorganiza e tenta e dá certo** e ai a gente vai tocando pra frente (GUSF 5)

[...]a gente **faz um planejamento mensal**, porque as vezes, igual na demanda mesmo, a gente fala: - Ah, vamos liberar dois dias pra pré natal. Com o passar dos dias **a gente vê que teve uma demanda maior** de gestantes então aqueles **dois dias não estão sendo suficientes, a gente já muda** com relação ao atendimento (GUSF 9)

Para Merhy (1995), na saúde o planejamento está presente na vida do profissional em pelo menos três momentos: como instrumento tecnológico do processo gerencial das organizações, pois nelas ocorrem o PT; como prática social transformadora, constituindo alternativa para práticas regulatórias; e como ação governamental para a produção de políticas.

Concordamos com o autor e defendemos o planejamento como instrumento, uma tecnologia leve-dura do PTG que, como tal, não deve ser visto apenas como uma série de etapas pré estabelecidas para atingir um resultado, transformando o trabalho gerencial em um trabalho morto; mas sim, como uma ferramenta flexível e facilitadora, capaz de propor e criar mudanças baseadas no contexto específico em que cada gerente está inserido, constituindo assim, o trabalho gerencial como um trabalho vivo em ato.

Todavia, alguns gerentes negam o planejamento. O risco de tal posicionamento é de que o uso do planejamento deixe de ser aproveitado como instrumento importante para o trabalho gerencial, dando espaço para uma prática reiterativa, que é a improvisação. Vejamos:

Logo quando eu chego é 7 horas da manhã, **eu faço uma prévia[...]uma agenda, mas geralmente nunca dá pra cumprir** [...] (GUBS 3)

[...] já **tem tipos de gerentes** que [...] **tem [...] uma rotina**, mas aqui **na área da saúde eu não tenho rotina**, porque cada dia é um (GUBS 8)

[...] quando a **Unidade** fica **ociosa**, ai **a gente pega e faz a parte da gerência**. (GUSF 10)

Corroboramos com a percepção de Chorny, Kuschnir e Taveira (2008) de que há uma visão deturpada acerca do planejamento, considerando-o como uma simples elaboração de um plano, como estabelecimento de passos ou, ainda, como o levantamento de pessoal e de recursos materiais e/ou financeiros. Uma visão que tem contribuído, de acordo com Fonseca (2015), para o pouco uso do planejamento.

Ao fazer uso do planejamento ou não os gerentes nos remetem, aos enfoques metodológicos do planejamento em saúde como, o planejamento normativo, aquele que é fixo, com direção única, definido por um único indivíduo e o planejamento estratégico, aquele que é contínuo, flexível, permite a participação de vários indivíduos. (TEIXEIRA, 2010; MATUS, 1993).

A noção do planejamento estratégico apresentada pelos gerentes se torna importante, uma vez que Mintzberg (2011b) considera que o gerente pode ser um estrategista e como tal gerencia um processo no qual as estratégias podem surgir ou serem concebidas; o gerente como estrategista é alguém inserido em um âmbito formado por vários atores cuja interação revela o espírito da organização.

Por conseguinte, reconhecemos a necessidade de efetivar a prática do planejamento das ações no PTG, tomando como base a capacidade estratégica de cada gerente para lidar com a complexidade do cotidiano de trabalho, uma vez que a PNAB (BRASIL, 2017a) já menciona como uma ação dentro do rol de suas atribuições.

Mediante o entendimento de que o trabalho de gerente é uma ação intencional manifestada pelo trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), resgatamos o uso de reuniões como instrumentos. As reuniões representam a expressão de uma tecnologia leve do trabalho gerencial, pois podem ser utilizadas como momentos de encontro e interação dos trabalhadores da saúde dando a possibilidade para refletir criticamente sobre a prática profissional, além de poder ser utilizada para diagnosticar problemas e conseqüentemente tentar resolvê-los. Vejamos alguma falas que retratam esse fato:

[...] a gente faz uma **reunião**, esta é feita **mensalmente** na Unidade de Saúde, com a **participação** de absolutamente **todos os funcionários** [...] (GUBS 1)

[...] fazemos **reunião pra tentar ver se tiver alguma coisa que não se encaixa** a gente **conversa com cada funcionário, com a equipe** [...] (GUBS 2)



**[...] a enfermeira daqui faz reuniões quase de 15 em 15, quando surge um problema ela já chama, já traz, tá sempre tendo, dando liberdade para o funcionário dizer.** (GUBS 8)

**[...]a gente realiza reuniões, de equipe a cada 15 dias, [...] levanta problemas, [...] vai tentando resolver pra ter um andamento legal do processo de trabalho [...]** (GUSF 10)

Por outro lado, há relato que revela a dificuldade de utilizar as reuniões como instrumento do PTG, em função da resistência da equipe.

**[...]aqui o povo é difícil de reunião [...], pra você reunir é uma complicação, ninguém quer fechar o setor um minuto porque é obrigatório[...]. Mas não quer, mas eu sento de setor em setor, pra conversar, [...] e depois eu abro no livro ata e mando assinar, elas não gostam de assinar e tem que assinar pra saber, porque quando o gerente geral me cobra eu tenho como comprovar** o que eu fiz (GUBS 3)

As reuniões como instrumento do trabalho gerencial também foram relativizadas em sua importância por Peduzzi et al (2011), ao justificarem que existem aspectos que prejudicam tais como questões estruturais, como os diferentes turnos de trabalho e a ausência de um espaço físico adequado; questões interacionais, como a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais, em especial dos médicos, e distorções na comunicação, surgindo a necessidade de reiterar com o mesmo profissional e/ou equipe os mesmos conteúdos.

Corroboramos com Peduzzi et al (2011) que as reuniões não devem ser vistas apenas como espaço de troca de informações sobre problemas e respostas às necessidades dos usuários e profissionais. Entendemos que elas não devem ser utilizadas como um simples instrumento de controle e comprovação do trabalho dos gerentes às instâncias superiores, e sim concebidas como espaços de participação ativa e interação entre os membros da equipe de saúde.

Portanto, a aceitação ou a recusa dos profissionais quanto a participação nas reuniões, poderá revelar as questões micropolíticas do PTG, principalmente no que se refere a capacidade de comunicação, a subjetividade e a relação entre equipes de saúde e gerentes, reforçando a necessidade dos mesmos repensarem a sua prática gerencial e fazerem uso ou desenvolver as competências gerenciais (conhecimentos, habilidades e atitudes) com foco na construção de uma visão renovada sobre a gerência.

Na oportunidade, ratificamos que a díade visão tradicional *versus* visão contemporânea da gerência nas US da APS, alerta sobre a complexidade dessa prática nas organizações, tendo em vista, que a disputa entre o controle *versus* a flexibilidade e

compartilhamento de responsabilidades no PTG, aprofunda as contradições vividas pelos sujeitos envolvidos. Assim, concordamos com Paula (2016, p.29) que esse conflito constitui a essência da dinâmica gerencial, essa essência “é a dialética que nos coloca diante de incertezas, contingências e contradições, de modo que seu caminhar depende da dialogicidade”.

#### 4.2.2 O Processo de Trabalho de gerentes de US da APS frente aos contextos político, técnico, organizacional e relacional

O cotidiano do PTG é influenciado por demandas que surgem tanto no espaço interno das US da APS, desde questões das equipes, usuários, e famílias, assim como questões nos âmbitos externos, o território de inserção da população adscrita, instâncias às quais estão relacionadas no sistema de saúde e a RAS. Essa multiplicidade de contatos existentes nas US, repercute no trabalho gerencial e, conseqüentemente contribui para que os gerentes tenham que lidar diariamente com dinâmicas no contexto político, técnico, organizacional e relacional do trabalho em saúde.

Nesta realidade, Nunes et al (2016) reconhecem a dinamicidade existente na prática gerencial em saúde frente aos diferentes contextos. Davel e Melo (2005) explicam que tal dinamismo surge da ambivalência, instabilidade e contradição que permeiam as práticas gerenciais.

No que concerne à influência no PTG no contexto político, os gerentes revelaram a existência de entraves/ limitação da esfera municipal a respeito da capacidade de atendimento às demandas da população.

[...] a gente **trabalha com alguns entraves** que **não é culpa da Secretaria de Saúde, não é culpa do prefeito, não é culpa da Coordenação** são **questões burocráticas de esfera nacional**. (GUBS 1)

Não, **algumas coisa não são do município, são do Estado**, eles [usuários] **não entendem** isso que é do município, que é do Estado e o que é da Unidade (GUSF 9)

Para Andrade e Coelho (2016) os municípios ganharam autonomia desde a remodelação da estrutura do Estado brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988. O campo da saúde sofreu os efeitos do processo de descentralização da saúde, já que por meio

de normas operacionais as decisões sobre a saúde pública, principalmente gestão e prestação de serviços na APS também foram descentralizadas, fazendo com os municípios assumissem a responsabilidade sobre a saúde da população local. No entanto, os Estados e a União, deixaram de ser executores da maioria dos serviços e passaram a definição e a coordenação de políticas, tornando-se apoiadores técnicos e financeiros.

Outrossim, segundo o relato dos gerentes apreendemos que a autonomia municipal no campo da saúde é incipiente, pois mesmo com o ‘apoio’ do Estado e da União, há dificuldades para formular, implementar e avaliar as políticas locais, reproduzindo na realidade os moldes já enraizados pelos níveis estadual e federal.

Uma realidade também encontrada em outros municípios brasileiros prevalecendo as iniquidades, as desigualdades e o descompromisso com as políticas de saúde no SUS, principalmente, devido à dificuldade de integração municipal, estadual e federal, da liberdade de planejamento e gestão, da tomada de decisão, além da centralização federal através de programas sanitários focais (SANTOS; CAMPOS, 2015; MELO; CRISCUOLO; VIEGAS, 2016).

No entanto, o processo de descentralização da saúde permitiu que as SMS determinassem sua estrutura político-administrativa e conseqüentemente, o modelo gerencial predominante nas US da APS. As falas dos gerentes revelam o modelo vigente no lócus de estudo de forma convergente:

**[...] a UBS é ligada a vários setores, o setor que coordena as UBS é a divisão de enfermagem [...] nós recebemos e obedecemos regras.** De acordo com o que é passado para mim eu tenho que passar para os funcionários[...] (GUBS 2)

**[...] existe a hierarquia** que é a Secretaria de Saúde, **o setor responsável chama-se Divisão de enfermagem, temos uma coordenadora** [...] (GUBS 7).

Esses fragmentos das falas sinalizam que o modelo gerencial nas US da APS tem se mostrado predominantemente formal, hierárquico e burocrático revelando a influência de princípios das Teorias Científica, Clássica e Burocrática.

A organização de um serviço de acordo com a lógica burocrática se baseia no planejamento e na especialização técnica com a divisão do trabalho. Assim, há uma diferenciação das tarefas administrativas, a hierarquia e especialização técnica dos conhecimentos, essa segregação tem criado entraves à realização da democracia, cujos alicerces se apoiam nos ideais da igualdade, liberdade e transparência (BRANCO, 2016)

De acordo com Andrade e Coelho (2016), as práticas centralizadas, descontextualizadas e repletas de formalidades que estão presentes na maioria das organizações estão associadas à uma lógica burocrática, que limita a autonomia daqueles que estão envolvidos no processo (ANDRADE; COELHO, 2016), principalmente no que se refere a possibilidade de inserir nesses espaços a micropolítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

A SMS e os demais setores que compõem a estrutura hierárquica do sistema de saúde local, representam instâncias de poder às quais as US da APS estão subordinados e acabam por determinar os limites do trabalho gerencial, influenciando no processo de tomada de decisão e na autonomia dentro e fora das US, questões estas concernentes ao poder

[...] a **Coordenação de enfermagem**, ela **tem sim poder e dever de cobrar-nos** a todo momento (GUBS 1)

[...]o que eu posso fazer, eu resolvo aqui mesmo, mas aí **tem certas coisas que não está no meu poder**, eu **tenho que ir pra um maior do que eu**, mas quanto ao resto, dá pra ser feito [...] A gente **tem hierarquia** [...] **não pode passar por cima de ninguém**, a gente tem que seguir [o que] a Secretaria dá a gente (GUBS 8)

Tem algumas **coisas que fogem do nosso controle**, [...] **até inclusive de gerência** que envolve outros setores, é **intersetorial a gente não tem muito poder** com relação a isso (GUSF 4)

[...] **nossa parte de gerente em si, fica bem limitada**, porque eu **já tive outras experiências em outros municípios**, então **eu sinto esse**, esse meio que esse **choque de relação da gerência** daqui com outros locais que eu trabalhei (GUSF 9)

O poder tem permeado a vida do homem nas mais diversas circunstâncias e por isso, possui múltiplas definições e abordagens, bem como ideologias. Ele tem sido discutido por pensadores Clássicos como Foucault, que indica o poder como relação que produz efeito, como por Weber que relaciona o poder à imposição da própria vontade numa relação social (VERONESE, 2008; FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

Nas organizações o poder se faz presente e pode existir por meio da dominação, quando manifesta características, como é o caso da ordem, obediência e do reconhecimento da autoridade e como imposição da vontade, quando se manifesta em virtude da superioridade. (BRANCO, 2016). Desse modo, voltando nossa atenção para as US de APS pode ocorrer que “aqueles que tem mais recursos de poder, como os indivíduos que ocupam posições dominantes dentro da instituição, (*passa a*) ditar os rumos dos acontecimentos através de sua tomada de decisão” [*grifo nosso*] (VERONESE, 2008, p.7).

Contudo, quando os gerentes nas suas falas deixa visível uma conformidade com a ordem, como se fosse uma convenção social aceitá-las, preocupa-nos a capacidade dos

mesmos em agir de maneira espontânea, criativa, empoderada no espaço micropolítico das US da APS. Por este motivo, concordamos com Paula (2016) que mesmo que a prática gerencial implique relações de poder, ainda é preciso evitar a naturalização que a caracteriza como uma imposição ou dominação e impede que seja ressignificada na forma de partilha de poder.

Por conseguinte, os detentores de um poder ‘menor’, gerentes de US da APS, diante da relação de poder existente entre as US e outros setores da estrutura administrativa do sistema de saúde local tem se rendido aos limites de sua atuação e usam setores, como a Divisão de Enfermagem, como referência para resolução de demandas internas.

[...] então **qualquer decisão** que venha ser tomada **além da que eu possa decidir** dentro da Unidade primeiro eu **me comunico com a divisão de enfermagem** pra daí eu tentar resolver na verdade ne (GUBS 7)

**A gente tem nosso limite**, a gente sabe até onde pode ir, **quando passa daquele limite a gente passa para a Coordenação**, que é a **Divisão de enfermagem** [...] (GUBS 8)

Sobre os limites na prática gerencial Davel e Melo (2005, p.324) destacam que “de antemão pode-se dizer que existe um intervalo entre os que os gerentes acreditam que fazem, e o que realmente fazem, além do que se deve realmente fazer”. Ademais, muitas vezes o trabalho de gerentes de US da APS, que tem potencial para trabalhar como as demandas específicas de cada lócus de atuação, acaba se resumindo a ações meramente técnicas e fortemente marcada pelo predomínio do trabalho morto sobre o trabalho vivo em ato.

Uma alternativa, citada pelos gerentes para superar os limites é a presença de apoiadoras institucionais. Vejamos, a seguir

[...] as enfermeiras que compõem a coordenação da divisão de enfermagem está sempre orientando [...], sempre dando uma força no que é necessário [...] (GUBS 6)

[...]eu tenho um **suporte bom**, que nós **temos apoiadoras[.] é o elo entre a enfermeira e a Secretaria de Saúde** porque **sem ela ficaria difícil** [...] então **pra nós assim da ponta** entrarmos em contato com os setores lá e **termos uma resposta em tempo oportuno**, em tempo hábil, era difícil mas **após a introdução das apoiadoras facilitou muito**, porque ai já tem a quem a gente recorrer[...] (GUSF 1)

[...] a gente sempre **tem apoiadora da Secretaria** né que a gente sempre se reporta [...]A gente tem a articulação com a Secretaria...temos vários setores que nos apoiam, a gente tem uma **apoiadora que faz essa ponte** (GUSF 4)

A Política Nacional de Humanização (PNH) chama de apoio institucional a “função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (BRASIL, 2010b, p.52-53). Assim, o trabalho das apoiadores institucionais consiste em

1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de conhecimentos propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS (BRASIL, 2010, p.52-53)

Para os gerentes na realidade local das US da APS, as apoiadoras representam um suporte, uma fonte de orientação, um elo entre os gerentes de US e a SMS. Lyrio (2015) já identificava as apoiadoras como sujeitos que atuam como parceiras, analisando e acompanhando os processos de trabalho. No entanto, outra face revelada pela mesma autora no papel da apoiadora institucional, é o caráter equivocado da função, agindo de maneira fiscalizatória, sendo reforçado na fala da gerente “vamos dizer assim ela faz meio que uma fiscalização”, apesar de complementar “mas ela também de apoio” Nesse estudo apreendemos também essa divergência. Vejamos a seguir:

[...] aqui **a gente é gerente da Unidade mas a gente tem supervisora, que agora passou a chamar de apoiadora**, tem uma apoiadora que qualquer coisa, qualquer mudança que vai fazer na Unidade, **a gente passa pra essa apoiadora, essa apoiadora passa para a chefe da Atenção Básica e assim por diante**[...] Ela tem uma agenda, **ela vem tipo de surpresa, vamos dizer assim ela faz meio que uma fiscalização**, mas ela também dá o apoio (GUSF 9)

A visão fiscalizatória da apoiadora é incompatível com a PNH, vemos assim uma conexão com a abordagem tradicional da supervisão, que Servo (2011), caracteriza como um trabalho, mecânico, fragilizado, que envolve conferir, corrigir e orientar se as ações realizadas de acordo com as normas. Todavia, a autora defende a potencialidade da supervisão na perspectiva da supervisão social, aquela em que os saberes e práticas são compartilhados, constituindo um espaço estratégico para que todos os envolvidos no processo de trabalho possam transformar o pensar e o agir para a construção de vínculos sólidos.

Destarte, entendemos que o trabalho da apoiadora é reconhecidamente importante para o PTG, e que os profissionais precisam caminhar, contribuído para construção de um espaço democrático e estratégico; um espaço micropolítico em que as tensões entre aquilo que está posto (instituído) e o que precisa e pode ser modificado (instituinte), se desfaçam em prol do fortalecimento das práticas gerenciais e da autonomia de todos os envolvidos e do fortalecimento dos atributos da APS.

Todavia, diante das nuances sobre o modelo gerencial, as relações de poder existentes e os limites da função gerencial, nos questionamos se: os gerentes de US da APS têm ou não autonomia, para atuar como agente proativo no processo decisório? As falas gerentes explicam que

[...] a autonomia na verdade que eu tenho é a **autonomia que o meu superior me dá ‘né’**, eu tenho conhecimento que eu **posso ir até determinado ponto** e a partir daí, **daquele ponto, eu preciso da autorização de meus supervisores** pra poder caminhar o que eu estiver fazendo aqui na UBS, mas a parte que me cabe (GUBS 6)

[...] **quando vem de lá de cima**: ‘-Ô, tem que fazer isso?’. Então eu chego aqui, sento, converso. **Eu tenho autonomia muito grande, não tem outro lugar para o enfermeiro ter autonomia como no PSF**, Unidade de Saúde da Família, a autonomia da gente assim, muito boa, muito boa mesmo (GUSF 8)

**A autonomia que a gente tem aqui é que a gente que não vou dizer que dita as regras, mas assim a gente tem o livre arbítrio** pra poder chamar, caso o médico não estiver cumprindo a carga horária (GUSF 10)

[...] uma das vantagens que **eu acho do atuar do enfermeiro é essa questão da autonomia que você tem em PSF**, [...] **a gente tem essa liberdade de entrar em contato com os outros setores**, de estar intercedendo por um paciente, questão de conseguir uma vaga (GUSF 1)

[...] **a depender da situação a gente tem total autonomia para poder decidir e fazer os encaminhamentos e solucionar** o que tiver **dentro do nosso alcance** enquanto Unidade de Saúde da Família (GUSF 4)

[...] **eu tenho total autonomia, eu que respondo, diante do que é solicitado pela Secretaria**, e o que me cabe (GUSF 7)

A palavra autonomia vem do grego *auto*, que significa próprio, e *nomos*, lei, regra ou norma. Ela se refere ao autogoverno; possibilidade da pessoa tomar decisões (COSTA; PAULON, 2012). Assim, supomos que quem tem autonomia age com liberdade de pensamento. No entanto, em função da estrutura social, política e cultural existente, convivemos com a determinação e a complexidade das ações, contribuindo para que o indivíduo acredite existir apenas uma forma, um caminho ou um molde para a resolução ou realização de algo. Na presença desse pensamento não se pode considerar que há autonomia pois essa é intrínseca à pessoa, e requer ação própria do indivíduo, mesmo frente às diversidades da vida (ARAÚJO; BRITO; NOVAIS, 2008).

A partir de tal conceito, temos a impressão que os gerentes compreendem equivocadamente, pelas suas palavras, o que é ou não autonomia, ao considerarem que têm autonomia dada por outrem, autonomia com um caráter hierárquico, repassando ordem à equipe de saúde ou com caráter fiscalizatório.

Também, entendemos que a autonomia tem sido confundida com autoridade, uma vez que de acordo com o dicionário *online* Michaelis (2018) autoridade pode ser concebida como uma “forma de controle baseado no poder atribuído a determinadas posições ou cargos; superioridade advinda dessa posição ou cargo”. Assim, os relatos dos gerentes nos remetem ao controle sobre a realidade local, a necessidade de autorização para agir e decidir sobre as particularidades do trabalho gerencial.

No entanto, há ainda os que mais se aproximam do conceito de autonomia e desse modo, podemos dizer que os gerentes de US da APS convivem com uma ‘pseudo autonomia limítrofe’.

Essa percepção é ratificada pelas falas a seguir, divergindo das falas anteriores.

**Autonomia não tenho**, não por enquanto (GUBS 3)

**Não a gente não tem essa liberdade para esta fazendo essa mudança nos nossos horários, pra tá saindo da Unidade, tudo a gente tem que passar pra, primeiro passa pra supervisão**, pra supervisão passar para o setor acima né, **aquela hierarquia que vai, a gente não tem essa autonomia**. [...] geralmente **vem de lá de cima determinado** (GUSF 9).

Diante de tais falas, concordamos com Branco (2016, p. 55) que a “relação entre poder e saber, enraizada no coração da estrutura burocrática, criou uma forma irreversível de dominação, capaz de solapar qualquer abertura à ação e decisão política livres”.

Entretanto, uma questão que pode estar atrelada ao limite da autonomia dos gerentes de US da APS, é o fato de que apesar de observarmos o protagonismo dos município em relação aos serviços da APS, os mesmos possuem fronteira de autonomia local regulada por legados indutores, dispositivos normativos e políticos do SUS, dentre elas a: PNAB, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), a Política Nacional de Regulação do SUS e as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, repassadas a todos os sujeitos envolvidos na organização dos sistemas de saúde locais (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

Mas, em meio aos impasses relacionados ao modelo gerencial clássico, científico e burocrático, baseado na relações de poder e na limitação da autonomia buscamos visualizar alternativas com as potencialidades de modelos gerenciais capazes de revigorar as perspectivas acerca da construção de uma prática de trabalho baseada no diálogo e no compartilhamento das responsabilidades e poderes. Tais modelos são representados pelo



Método Paideia (CAMPOS, 2000), um modelo de Cogestão (CUNHA; CAMPOS, 2010) e a Gestão Comunicativa (RIVERA, 2003; ARTMANN; RIVERA, 2006), definida a partir de teorias e estudos sobre os atos de falas e a comunicação, de autores como Austin, 1962, Searle, 1976, Habermas, 1987, Flores, 1989 e Echeverria, 1997 (RIVERA; ARTMANN, 2010).

O conceito de cogestão advém do entendimento de que é possível transformar o SUS em um âmbito coletivo para construção da democracia. Por isso Campos (2000) defende que a prática gerencial é uma ação coletiva que tem capacidade para administrar e planejar o processo de trabalho, objetivando à produção de valores de uso<sup>8</sup>. Pode modificar as relações de poder enraizadas e construir a democracia nas organizações e instituições, além de influenciar na formação dos sujeitos, tornando-os ativos nesse processo de democratização da saúde. No entanto, para pôr em prática tal modelo gerencial, propomos o uso do Método Paideia, o qual é contrário a prática gerencial hegemônica e, requer a atuação de três atores principais – usuários, trabalhadores e representantes (gestores) - em busca de contratos e compromissos passíveis de serem modificados e revisados pelos atores envolvidos (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Em consonância com os modelos gerenciais flexíveis, destacamos a gestão comunicativa como uma proposta emancipatória capaz de fortalecer a participação coletiva e a construção de espaços de responsabilidades partilhadas, na qual a comunicação é uma ferramenta ativa, livre de coações, que supera os limites da intersubjetividade individual e gera consensos no que diz respeito problematização (RIVERA, 2003; KPOF; HORTALE, 2005; ARTMANN; RIVERA, 2006, 2010). No caso específico da gestão em saúde, entendemos que essa comunicação intersubjetiva e o compartilhamento das responsabilidades contribuiriam para a conquista da qualidade do atendimento à saúde.

Logo, diante das nuances ora apresentada concordamos com Silva, Souza e Barreto (2014) que é preciso repensar as formas como tem sido desenhadas a estrutura político-administrativa dos sistemas de saúde locais uma vez que a autonomia e consequente participação dos envolvidos (gerentes, equipes de saúde e usuários) é fundamental para que haja inovação e abertura à criatividade, ajustando os modelos gerenciais e de atenção à saúde aos contextos locais e às necessidades singulares de suas regiões e comunidades.

---

<sup>8</sup> Diz respeito ao valor de uso e ao valor de troca das mercadorias. O Método Paidéia não desconhece que o trabalho no capitalismo também pode produzir valor de troca, mas faz uma opção ético política de pensar a gestão e o trabalho a partir da produção de valor de uso (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.31)

Assim, dentro do contexto político não poderíamos deixar de resgatar a participação popular, até porque visualizamos as formas como os usuários têm reagido aos acontecimentos nas US da APS e como os gerentes lidam com tal fato.

[...]e aí é onde surgem as **denúncias**, onde começam a complicação toda né (GUBS 1)

[...]se tiver **denúncia dos ACS**, a gente registra no livro e procura sentar com eles pra ver a questão que diz que **não visita a casa**, que não visita pra resolver (GUBS 5)

[...] várias atribuições que hoje eu sou responsável e que são funções que se der qualquer coisa errada, há uma.... **repercussão grande**, porque as **pessoas aqui do município**, elas vem na Unidade, elas não recebem um atendimento, ou não tem algo pra oferecer, **elas vão lá na Secretaria de Saúde, dão queixa na ouvidoria[...]**. Porque na verdade **quando você não consegue fazer um trabalho de gerência bom a sua Unidade está sempre nas redes sociais**, entendeu. Por isso, tem enfermeiro que as vezes **a comunidade reclama** porque ele sabe que o que vai assim, fragilizar o trabalho dele é a gerência, então ele fica mais na gerência, na parte administrativa (GUSF 1)

Segundo informações, **não sei se é população ou se é o atendimento**, não sei porque eu tô chegando agora, mas...**o pessoal não tem uma boa visão**, você entendeu. **Eu tô entrando, eu tô entendendo o porquê, o pessoal fala um pouco mal dessa USF** (GUSF 6)

As falas apresentadas se referem as denúncias feitas pelos usuários por meios formais e informais e a visão dos mesmos sobre a US, principalmente no que diz respeito sobre modo como a membros da equipe de saúde e os gerentes organizam e desempenham suas atividades. Dessa maneira, os usuários utilizam como meios oficiais para fazer reclamações, a busca dos gerentes na própria US, além de valer-se de instâncias como a Ouvidoria na SMS, dos meios informais de denúncias, a exemplo do uso das redes sociais.

Durante a observação vivenciamos momentos em que os usuários buscavam o gerente de US para relatar suas necessidades. Ali nos deparamos com gerentes que acolhiam as queixas e sinalizavam a busca de uma solução. No entanto, também encontramos gerentes que agiam de maneira ríspida, inibindo ou até mesmo gerando conflitos com os usuários, levando-os a buscar outras formas de resolver suas demandas como a busca de setores como a Coordenação da Atenção Básica local.

A participação popular no controle social do sistema de saúde brasileiro é garantido pela Constituição Federal de 1988, com a representatividade da população em Conselhos e Conferências de saúde. Entretanto, essa participação extrapola as instâncias formais e institucionalizadas, permitindo a mobilização da sociedade em busca dos seus direitos através da atuação em toda e qualquer atividade de saúde, desde aquelas individuais como as

consultas, até as coletivas e educativas como a participação em atividades de educação em saúde (CAMPOS; WENDHAUSEN,2007; COSTA; VIERA,2013).

Portanto, quando os usuários vão em busca, reivindicam e fazem denúncias acerca das necessidades individuais de saúde que não foram satisfeitas, suas ações representam a expressão do controle social no SUS. Todavia, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) acrescentam que embora o termo ‘controle social’ seja o mais utilizado, ele expressa um certo reducionismo a participação popular, uma vez que pode ser visto apenas como ferramenta de controle e fiscalização, quando na realidade a sua aplicação pode ser guiada para a capacidade de responsabilização dos usuários sobre as decisões políticas na saúde e a consequente participação da sociedade não só em prol de interesses pessoais, mas em função das decisões para os interesses coletivos.

Por conseguinte, entendemos que a participação popular pode ir além do ato de fiscalização e denúncia, comungando com o processo de coresponsabilização e compartilhamento de poderes, mediante a participação ativa, consciente e crítica da população no processo decisório.

No que refere ao uso das redes sociais como canal de denúncias, percebemos que elas podem ser utilizadas pelos usuários para agilizar o processo de divulgação das suas necessidades de saúde, atingindo o maior número de pessoas possíveis.

Sobre este assunto, Guizardi e Calvacanti (2010) esclarecem que as redes sociais têm potencialidade produtiva que vai além e antecede os meios e os recursos formais de regulação e de ordenamento do trabalho. Müller Neto e Artmann (2012, p.3409) acrescentam que os meios de comunicação de massa, como a internet e as redes sociais, são utilizados no âmbito público para fazer “a mediação entre inúmeras miniaudiências, envolvendo os membros dos movimentos sociais, associações, organizações não-governamentais, entidades religiosas, clubes e outros”.

Assim, reconhecemos a importância do uso dos meios de comunicação em massa, como um recurso tecnológico amplo e capaz de influenciar a sociedade sobre os mais diferentes aspectos, principalmente no que se refere a utilização dos mesmos para acompanhar, divulgar e compartilhar as diferentes realidades do país, assim como para incentivar e modificar a percepção das pessoas acerca da participação popular nos âmbitos de tomada de decisões sobre a saúde individual e coletiva.

Perante ao exposto, os gerentes utilizam estratégias tanto para lidar com as queixas da população, quanto para difundir a importância das ações e serviços realizados nas Unidades

da APS. Essas estratégias podem ser as atividades de educação em saúde e as caixas de sugestões presentes nas Unidades.

Então a gente tenta botar isso, **a gente faz sala de espera**, os ACS faz muita sala de espera, **explicando sobre essas coisas pra o pessoal, pra comunidade entender qual é o nosso trabalho**, porque assim se as pessoas viessem para uma prevenção, não ficava tanta gente, com a demanda assim, tendo... porque eles já vem já sentindo as dores (GUBS 8)

A gente abre na **sala de espera grupos de discussão** para eles darem a **opinião**, tem **caixa de sugestão** que eles podem estar colocando a opinião [...] (GUSF 2)

[...] **a gente procurar educar o paciente** nisso, pra mostrar pra ele que nem tudo tá nas nossas mãos, depende de nós, depende uma parte, mas a resposta as vezes a gente depende é de uma iniciativa, mas não de uma resposta definitiva[.] a gente também tem **caixinha de sugestões**, então é através disso, **conversas** e alguns questionamentos que eles vêm, as vezes eles **vêm até na Unidade pra conversar** e justamente **com a enfermeira** porque ele sabe que **nós somos as gerentes e nós que resolvemos tudo na parte administrativa** (GUSF 7)

[...] a gente faz várias **salas de espera**, mas mesmo assim **a população não tem muito conhecimento**. (GUSF 9)

A educação em saúde necessita ser entendida como uma “prática na qual existe a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida” (BRASIL, 2007b, p.13); como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde (FERNANDES; BACKES, 2010); uma atividade que constrói e fortalece a convivência cotidiana dos usuários, e proporciona o compartilhamento de saberes, gerando o empoderamento do indivíduos, ou a possibilidade de serem cidadãos (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003).

Diferentemente dos conceitos apresentados, a educação em saúde é denominada pelos gerentes de US da APS como ‘sala de espera’, e entendida como uma explicação sobre um tema, como uma forma dos usuários darem sua opinião, ou ainda como meio de ‘educar’ o usuário.

Essa incongruência entre os conceitos apresentados e as falas dos gerentes nos faz questionar: até que ponto as ações para ‘educar’ os usuários tem sido positivas? Elas realmente têm causado uma transformação no modo de pensar e agir dos mesmos? É preciso persistir ‘educando’ os usuários ou necessitamos inseri-los como participantes no processo de construção e definição dos objetivos de cada Unidades de Saúde estudada?

Ressaltamos que não temos o objetivo de menosprezar a realização de ações educativas em saúde e uso das caixas de sugestões como instrumentos que facilitam a participação da população, no entanto, salientamos que é preciso emancipar e empoderar os

usuários dando a oportunidade para que os mesmos sejam sujeitos ativos nos processos educativos, já que para tal fim, várias são as metodologias e abordagem capazes de ajudar a construir o conhecimento e facilitar o entendimento do que está sendo exposto.

Por conseguinte trazemos o pensamento de Paulo Freire, citado por Morosini, Fonseca e Pereira (2009) que concebe o processo de ensinar-aprender como uma troca, como um processo dialógico entre educador e educando, que se dá numa realidade vivida e permite que o conhecimento surja da reflexão crítica sobre a realidade, ao mesmo tempo em que o homem vai se constituindo e se posicionando como um ser histórico.

Nossa defesa quanto a importância de fazer o uso das ações de educação em saúde, como processo de construção, troca e compartilhamento de saberes é justificada pelo fato de que durante as observações visualizamos tanto a realização de atividades educativas utilizando-se de uma prática de transmissão de conhecimento, no qual o usuário ouve e os profissionais falam, assim como atividades educativas como uma roda de conversa sobre educação infantil, realizada por profissionais do NASF, mediante as queixas feitas pelas usuárias do serviço e a enfermeira, gerente da Unidade, sobre o comportamento das crianças. Nessa roda de conversa foi aberta a participação dos usuários, os quais se mostraram bastante interessados no processo, questionando, dando exemplo de suas situações pessoais, assim como buscando alternativas para lidar com o comportamento infantil.

Outra atividade apresentada pertinente e estimulante a participação dos usuários foi a realização de um membro da comunidade como ‘animador’ e a utilização de fotos sobre como a população tem tratado o espaço de inserção da US. Nessa atividade também foi possível percebermos o interesse e envolvimento dos usuários, já que os mesmos participaram ativamente com opiniões e reconhecendo por meio das fotos a problemática da degradação ambiental.

Outra atividade participativa desses usuários diz respeito às opiniões e crenças dos usuários acerca do processo saúde-doença, o qual consideramos fundamental para o desenvolvimento das ações nas US da APS e nos remete à necessidade de fortalecimento do atributo da APS denominado competência cultural.

Logo, frente ao contexto político, destacamos como palavra de ordem ‘comunicação’ e ‘compartilhamento de responsabilidades’, para que tanto gerentes, profissionais e trabalhadores da saúde, assim como usuários, sejam sujeitos ativos do processo de planejamento e organização dos serviços de saúde da APS, constituindo ao final um projeto local baseado na gestão comunicativa e cogestão.

As falas dos gerentes sobre o contexto técnico e sua influência na dinâmica do PTG são relativas às formações profissionais, a inserção no cargo/função e aos cursos oferecidos pela SMS. Dentre as falas ressaltamos as contribuições da formação profissional para o trabalho gerencial.

[...] **na graduação** [em enfermagem] **a gente tem disciplinas relacionadas a gerência** né, a como **prover aquilo que falta**, como você tem que **direcionar as pessoas** para estarem realizando suas funções (GUSF 3)

[...] **a base que eu tive na minha graduação, é o suficiente pra eu organizar o meu processo de trabalho** [...] e a parte da gerência é mais envolvido mesmo com o profissional, se você é uma pessoa organizada se você sabe como você vai gerenciar seu tempo (GUSF 10)

[...] eu sou formado em **Ciências Econômicas** [...] **e a gente usa um pouco do que a gente aprendeu na Universidade, questão organizacional, questão de levantamento de dados, questão de balanço patrimonial**, é... entradas e saídas de medicamentos, então de certa forma é.... **o trabalho de gerente aqui pra mim, com a formação de economia, tem um mínimo de sentido**, eu não vou dizer que tenha tudo a ver [...] (GUBS 1)

Todavia, há outras falas que sinalizam divergências quanto à formação profissional para a assunção das práticas gerenciais nas US da APS.

Eu acho que devido, assim...eu **ser enfermeira não me deu base nenhuma pra eu ser gerente** a verdade é essa. A gente faz o curso de enfermagem, mas na parte de gerenciar, até a gerente geral da divisão de enfermagem, falou que não dá base nenhuma, não sei porque, **isso deveria mudar na faculdade. O enfermeiro ele só aprende a atuar em hospital e em Unidade Básica**, eu acho errado, **eu acho que o curso de enfermagem deveria realmente preparar a pessoa pra atuar em todos os setores e não só em atendimento**, só se preocupa com atendimento, com curativo, com paciente, eu acho que enfermagem não é só isso (GUBS 3)

Só aquele mesmo que nos adquirimos na faculdade, de uma forma [...] corrida. **O estágio de gerência, não sei em outras instituições mas na minha formação [...] não tem muita importância[...] qualquer um faz[...]estou com um grupo de enfermeirandas aqui e eu tento mostrar para elas que esses três meses que ela estão passando aqui na Unidade, para elas não acharem que PSF é qualquer coisa, que PSF qualquer um faz e que é fácil[...]**. Para elas sentirem o peso da responsabilidade, como é que é lidar com a comunidade, lidar com técnico, lidar com médico, com agente de saúde. (GUSF 1)

De fato a formação em si, não traz [...] grandes conhecimentos para você atuar como gerente da Unidade (GUSF 9)

As falas divergentes são de enfermeiras, gerentes de US da APS, o que chamou nossa atenção ao afirmarem que na graduação o foco tem sido a prática assistencialista em detrimento da prática gerencial, além de haver pouca valorização do processo de trabalho no

âmbito da APS. Será, a influência do modelo biomédico na formação da (o) enfermeira (o)? Um modelo que preza pelas queixas individuais dos usuários dos serviços de saúde e é destinado ao tratamento das doenças. A consequência desse modelo de formação de acordo com Fertoni et al (2015) é que os profissionais de saúde com esses currículos tendem a pouco valorizar o SUS e o modelo da Saúde da Família.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017a) o ‘Gerente de Atenção Básica’ deve ser um profissional qualificado e com experiência na APS, preferencialmente com nível superior. Na realidade local encontramos profissionais com e sem experiência no trabalho gerencial, além de diferentes níveis de escolaridade (nível médio e superior) e formação profissional (economia, administração, serviço social, enfermagem). Porém essa não é uma condição exclusiva, ao campo pesquisado, pois de acordo com Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014) outros municípios no Brasil convivem com essas multiplicidades de gerentes com diversas formações profissionais.

Nesse sentido, acreditamos que tanto a situação do lócus de estudo quanto, de outras realidades no Brasil, as recomendações da PNAB, se mostram por ora incompatíveis e nos fazem refletir acerca da formação de pessoas para o SUS, entendida por Gonçalves et al (2014) e Pacagnella (2016) como um dos nós críticos para a estruturação de uma APS forte.

A respeito da formação dos profissionais de saúde, observamos a presença de uma divisão técnica do trabalho, com a formação de profissionais especializados em tarefas (GIL; LUIZ, 2016), contemplando assim, profissionais com formação acadêmica e com formação no nível médio. Outrossim, até então, não existe uma formação específica para ‘Gerente de Atenção Básica’.

No que se refere aos cursos de graduação, em especial na área de saúde, notamos que os profissionais assumem diversas atividades desde a aproximação, preparo dos discentes e valorização do profissional que atua em cargos/funções gerenciais em saúde. Contudo, tanto no âmbito hospitalar, como no âmbito da APS encontramos impasses quanto ao desenvolvimento das atividades gerenciais. Além disso, muitas vezes, fica a cargo dos cursos de pós graduação, a complementariedade dos estudos acerca da gerência dos serviços de saúde; ou fica a cargo do indivíduo ‘aprender’ com a prática diária a exercer o trabalho gerencial.

Por conseguinte, observamos iniciativas voltadas à prática gerencial em saúde no nível médio, quando em instituições privadas de ensino profissionalizante e no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação, por meio da Lei 12.513/2011 lançou no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) a formação do

técnico em gerência de saúde, um profissional que tem como atribuições planejamento, controle e avaliação da implementação de políticas públicas de saúde; gerenciamento de serviços e unidades de saúde e seus processos de trabalho; realização de estudos de custos e viabilidade; desenvolvimento de projetos de gestão em saúde; realização de previsão e provisão do sistema de estoque, compras e distribuição de material; fiscalização de execução de contratos e serviços de terceiros; aplicação da normatização relacionada a produtos, processos, ambientes e serviços de saúde, além de desenvolvimento e alimentação estatísticas de indicadores de saúde (BRASIL,2016b).

Atribuições que nos levam a questionar: Há um diálogo entre os âmbitos de formação de pessoal para o SUS e o Ministério da Saúde? A atuação gerencial pode e deve ser ensinada? Em quais bases científicas estão/estarão sustentadas a formação de profissionais para atuar no âmbito gerencial? Seria no modelo tradicional de administração? No âmbito acadêmico estão sendo desenvolvidas reflexões e ações acerca da formação profissional para o SUS? A formação técnica profissionalizante é condizente com as recomendações das PNAB?

Buscando elucidar as nossas inquietações, observamos as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as Leis do Exercício Profissional dos cursos de graduação em Enfermagem, Administração, Serviço Social e Ciência Econômicas, além de buscar a ementa do cursos de Técnicos em Administração, Segurança do Trabalho e Gerência em Saúde para vermos as particularidades dessas formações no que se refere a gerência de unidades de saúde.

A atuação de Enfermeiras (os) como gerentes de US da APS tem sido destacada e justificada pela formação profissional. Desse modo, a Lei do Exercício Profissional- Leis nº 7.498/86 - e as Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em Enfermagem – Resolução CNE/CES nº 3/2001, respaldam a competência das mesmas, afirmando que a profissionais podem exercer cargos de direção, gestão e coordenação na área de seu exercício profissional e do setor saúde; e nas competências gerais sobre Administração e Gerenciamento indicam que os profissionais estão aptos à atuação gerencial junto à força de trabalho, os recursos físicos e materiais e a informação, assim como podem ser gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde (BRASIL, 1986,2001).

Quanto as diretrizes curriculares e lei do exercício profissional dos cursos de Graduação em Administração (BRASIL, 1965, 2005) e Ciências Econômicas (BRASIL, 1951, 2006b) eles apresentam um conteúdo geral que contempla o estudo da Administração e Organização de diversos âmbitos sem especificá-los. Já o curso de Graduação em Serviço Social faz menção a Administração de Serviços Sociais (BRASIL, 1993, 2002).



Quanto aos profissionais que possuem apenas nível médio, ou ainda médio profissionalizante (Administração e Segurança do Trabalho), observamos que não possuem um currículo direcionado à Gerência de Serviços de Saúde. Assim, o curso de Assistente Administrativo contempla conteúdos gerais de Administração e o Curso de Segurança do Trabalho aborda conteúdos sobre prevenção de acidentes e proteção da saúde do trabalhador (BRASIL, 2016b).

Todavia, o curso técnico de nível médio em Gerência em Saúde, proposto pela Superintendência de Educação Profissional – SUPROF, ligada a Secretaria de Educação do Estado da Bahia, observamos que este, apesar de ser marcado pela lógica tecnicista, tem uma aproximação das atuais atribuições elencadas pela PNAB para atuar como ‘Gerente da Atenção Básica, uma vez que tem a pretensão de formar profissionais aptos ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto no nível individual quanto coletivo, além de atuar no planejamento, administração, supervisão, coordenação e gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação relativos aos serviços de saúde (BAHIA, 2018).

Diante desse contexto, defendemos que a formação dos profissionais que atuam no SUS e consequentemente na gerência de US precisa ser compatível com projetos de ensino que vá além das exigências técnicas (ciências), mas que aproximem os futuros profissionais das comunidades e das complexidades de saúde presentes no lócus de inserção, contribuindo para o desenvolvimento das habilidades práticas(experiência) das mesmas e para a articulação da teoria e da prática, pois só com uma visão crítica (arte) sobre as potencialidades e a importância do trabalho gerencial se torna possível intervir sobre as demandas das unidades de saúde e, consequentemente fortalecer os atributos da APS.

Tal compreensão é sustentada pela ideia de Mintzberg (2010) de que o trabalho gerencial é uma prática alicerçada numa tríade indissociável, que envolve conhecimento, prática diária e arte daqueles que a desenvolvem, pois o uso isolado ou a combinação de apenas dois elementos, poderia resultar em um desequilíbrio gerencial. Assim, a combinação de *experiência prática e arte* resultaria num trabalho sem análise e aplicação dos conhecimentos científico; a combinação de *arte e ciência* resultaria em um trabalho desconectado da realidade sem habilidade prática; e por fim, a combinação de *habilidade prática e ciência* resultaria em um trabalho desmotivado, pelo falta de uso da intuição, ideias e visão, ou seja da arte.

Nesse sentido, em função da pluralidade de formações profissionais do lócus de estudo entendemos que a ausência ou o pouco conhecimento científico ou acesso ao conhecimento

científico de forma precária ou pouco valorizado na formação profissional pode repercutir no equilíbrio da prática gerencial, tendo em vista que apenas a combinação *experiência prática e arte*, tem indicado falta de análise fundamentada pela ciência. Além disso, esse fato pode ter refletido na dificuldade de gerentes quanto a inserção do cargo/função de gerente.

Quanto a inserção no cargo/função de gerente de US da APS, os gerentes revelaram a forma como assumiram tal função.

[...] quando eu cheguei [...] você não sabia onde que tinha nada aqui, [...] era tudo bagunçado[...]eu fui colocada o serviço público tem muita deficiência [...] um gerente não pode começar em uma Unidade desde que o outro gerente passe, [...] algumas coisa [...], eu fui destinada a vir pra aqui [...] simplesmente me jogaram de qualquer jeito, eu não tive curso, [...] eu não tenho experiência [...] (GUBS 3)

[...] **a gente vem de cara** e acaba aprendendo diariamente (GUBS 7)

[...] a maioria dos gerentes, ele aprende por acaso, por exemplo você entra como um administrativo e ai você vai pegando todo o conhecimento da Unidade, [...] abrange tudo e você tem como sair resolvendo[...] (GUBS 8)

[...] na verdade **eu já venho [...] como funcionária fazendo um bom trabalho** [...] aqui no serviço e quando teve a oportunidade que a ex gerente realmente teve que sair por motivos pessoais, ai **eu fui a escolhida pra assumir[...]a parte técnica não existiu uma preparação com antecedência** [...]não teve [...] curso[...] eu fui fazendo o que já era de meu conhecimento mas sempre pedindo ajuda (GUBS 6)

A PNAB (BRASIL,2017a) afirma que a inclusão dos gerentes de US da APS deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de APS. Essa afirmação nos possibilita entender que é facultativa a presença dos mesmos nas US da APS e portanto, também fica a cargo do gestor municipal decidir a forma de inserção.

Desse modo, quando os gerentes relataram que “vem de cara”, “aprende por acaso”, “não existiu um preparo para estar assumindo”, percebemos a necessidade de formação profissionais que estejam aptos para atuar. A deficiência da PNAB (BRASIL,2006a,2012b), que anteriormente não mencionava o cargo/função de gerente e que atualmente na ‘Nova PNAB’ (BRASIL, 2017a), deixa espaço para tal por não fundamentar ou não apresentar possibilidades mais amplas de regulamentação do cargo/função e da forma de ingresso dos gerentes de US da APS.

No contexto técnico surgiram falas dos gerentes de UBS sobre a realização de cursos pela Coordenação da APS, com uma estratégia positiva para qualificação dos trabalhadores da saúde.

**A secretaria de saúde junto a divisão de enfermagem** teve uma ideia brilhante que é fazer um **curso de aperfeiçoamento e reciclagem do gerente** de Unidade de Saúde, no mês de julho desse ano, com direito a certificado e tudo[...]fez um curso de grande valia, eu particularmente aprendi muito com esse curso. E nada mais foi esse curso do que justamente você aproximar o gerente da Unidade de Saúde, você passar para o gerente a importância do serviço, do atendimento básico e pra que esse serviço, esse atendimento básico funcione é de extrema importância a participação e a coparticipação do gerente junto aos profissionais de saúde (GUBS 1)

[...] sempre a **Secretaria está promovendo atualização** pra toda as equipes (GUBS 5)

Olha a **Secretaria de Saúde** está sempre **promovendo algumas capacitações** pra gente [...] a **única capacitação** [...] **foi realmente bem profunda** foi a última que nós tivemos agora, que foi praticamente **dois meses e meio de capacitação sobre “Atendimento e gerenciamento de UBS[...]** a gente recebeu certificado de 40 horas, **a aula era uma vez por semana, justamente para não tirar a gente muito da Unidade** [...] (GUBS 6)

[...] **nos preparou**, o dia a dia, nos prepara na realidade[...]é as dificuldades, é as resoluções, mas **esse curso foi assim uma porta aberta** pra gente (GUBS 7)

Nestes fragmentos de falas os gerentes se referem a uma ação de Educação continuada, pois ocorre de maneira pontual, com o objetivo de promover a atualização técnico-científica sobre um tema específico, pela metodologia tradicional de transmissão de informações (aulas). O fato desses gerentes não terem uma formação específica na área de saúde, talvez tenha contribuído para o reconhecimento da mesma como uma ação importante para o desenvolvimento individual. No entanto, não podemos desconsiderar que a Educação Permanente é a abordagem viável a aplicação de mudanças no âmbito do trabalho, pois poderá levar a reflexão.

As concepções pedagógicas utilizadas nos serviços de saúde para fomentar o processo educativo de trabalhadores da saúde são discutidas por Araújo e Nascimento (2016), ao sinalizarem que as concepções Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Permanente, destacando está última como uma concepção importante para trabalhadores da saúde, por ter o potencial de transformar a realidade dos serviços. A Educação em Serviço, considera as necessidades do serviço e capacita o indivíduo para “prestação de um trabalho qualificado na instituição, com o objetivo de garantir a qualidade da instituição”; e a Educação Continuada é uma ação pontual, tem como foco “o conhecimento técnico-científico, e não possibilita a reflexão crítica sobre a realidade do trabalho” e a última, a Educação Permanente, considera que “as necessidades de aprendizagem e a organização dos processos educativos são suscitadas a partir da realidade de trabalho” (ARAÚJO; NASCIMENTO, 2016, p.31-33).

Por sua vez, as falas dos gerentes das USF divergiram dos gerentes das UBS, pois na USF, os gerentes ao se referirem a qualificação profissional, reforçaram a necessidade de capacitação da equipe, principalmente em relação às questões clínicas e assistenciais. Os trechos das falas dão visibilidade a tais posicionamentos

[...] a gente na medida do possível, tá **qualificando este profissional** pra que ele **desempenhe suas habilidades técnicas** de acordo com sua função (GUSF 4)

[...] **com relação a equipe sinto que ainda falta um pouquinho mais de experiência**, inclusive até em Saúde Pública, **porque eu tô vindo de hospital** quando eu procuro uma ficha, (dizem): Qual é a ficha? (Eu respondo): - Nem eu que estou vindo de hospital e vocês já estão aqui mais tempo. [...] **eu já encaminhei através de ofício, pra aperfeiçoamento [...] eu inclusive fiz aperfeiçoamento de pré natal...** (GUSF 6)

[...] **eu sempre capacito a equipe, tanto a equipe fixa, como os agentes comunitários que faz parte também da equipe, a gente capacita [...]** por exemplo, eles não sabiam como orientar as pacientes, pra falar sobre os contraceptivos, então o que foi que eu fiz, **como eu tinha a capacitação na Secretaria, o que eles passaram pra mim eu passei pra eles** (GUSF 8)

Nestas falas a educação em serviço é enfatizada pois os gerentes consideram a necessidade da equipe prestarem um serviço qualificado à população. Porém, é nítido que o foco deixa de ser o desenvolvimento do pensamento crítico e estímulo à participação dos profissionais de saúde na transformação das práticas de saúde da Unidade e passa a ser apenas formação de profissionais capacitados tecnicamente para o desenvolvimento do seu trabalho.

Ademais, quando os gerentes de USF se referem à própria qualificação profissional destacam a importância da qualificação em áreas assistenciais em detrimento das questões gerenciais, o que reforça a influência de uma formação tecnicista, assistencialista, típico do modelo biomédico. Vejamos a fala a seguir

[...] **you não tem capacitação pra isso [gerência], então isso é uma bagagem que você tem no decorrer do seu processo de trabalho, exceto aqueles que queiram fazer uma pós graduação** ou alguma coisa voltado pra essa área, **mas eu mesma não, não é que eu não gostei, eu não vejo necessidade de tá realizando uma pós específica pra isso...**[...]por exemplo, **pré natal você fazendo uma pós graduação em urgência obstétrica**, ou alguma coisa dessa tipo **eu acredito que pra gente a bagagem vai ser melhor do que da parte da gerência [...]** Então assim, acredito que [...] se uma pessoa não tiver um.. uma bagagem, uma coisa organizada, **nem uma pós graduação vai fazer com que ele seja, um bom gerente de uma Unidade de Saúde** (GUSF 10)

Concordamos com Araújo e Nascimento (2016) que as ações de Educação Permanente deveriam ser assumidas como uma política de Estado capaz de fortalecer a APS, uma vez que reconhecemos o potencial da mesma para instigar os gerentes de US da APS a refletirem e vislumbrarem novas perspectivas que minimizem a dicotomia entre assistência e gerência.

Ainda a respeito das atividades de assistência e gerência, os gerentes do estudo revelaram em que condições ocorrem a articulação entre processo de trabalho de enfermagem e o processo de trabalho gerencial.

**[...] além dessa parte de gerência toda que somos responsáveis, ainda tem a parte técnica toda, todos os programas,** então eu acho assim que fica **muito sobrecarregado** né, então como **nós temos uma carga horária de 40 horas semanais** e outra coisa **nós não temos o direito de abrir um período para fazer gerência** [...] as vezes **o enfermeiro, ele não sabe pra que lado ele vai, se ele vai fortalecer mais a parte de gerência ou a parte da assistência** [...] **Eu como gosto muito da assistência,** gosto de dar atenção ao povo, gosto de estar junto com o povo as vezes eu **fico ... no equilíbrio, na corda bamba, na corda bamba tentando equilibrar a parte gerencial** (GUSF 1)

[...] porque **a gente tem que cumprir uma meta,** né a médica atende e vai embora, **eu como enfermeira assistencialista e gerente eu tenho que atender, organizar essa parte administrativa e ouvir reclamações** [...] então **é sobrecarregado** (GUSF 6)

[...] na Unidade **a gente faz duas funções assistência e gerência,** então **é meio complicado** ter que resolver as coisa da gerência e também tem que trabalhar com a assistência (GUSF 7)

**A parte de gerência ela fica um pouco a desejar porque a gente tem que ficar com a responsabilidade de atendimento** [...] ao público e gerência da Unidade. [...] mas é a gente exerce mais a questão do atendimento mesmo da enfermagem em si, a parte de **gerência fica limitada mesma** (GUSF 9)

[...]gerente de Unidade, as vezes **fica até um pouco puxado a dinâmica do serviço, porque o enfermeiro de Unidade Básica é diferente dos enfermeiros da Unidade.** A Saúde da Família é diferente da Básica, porque **a Básica ele tem um gerente na Unidade, o enfermeiro só realiza o atendimento, e lá eles tem o gerente** [...] diferente da Saúde da Família, que a gente não tem isso, **é o enfermeiro, se faltou uma guia de um paciente, tem que parar o atendimento pra poder ligar, pra poder saber, nesse processo você perde 30 minutos,** de uma ligação, pra você olhar no protocolo, você liga. (GUSF 10)

Apreendemos, a partir das falas desses gerentes que ao assumirem uma dupla função sentem-se sobrecarregados e como essa situação influencia na qualidade das ações prestadas. Mas, as atividades assistenciais são privilegiadas em relação as atividades gerenciais. Esse situação também já foi observada nos estudos de Xavier-Gomes et al (2015) e de Pires et al (2016), que atribuem como causa da sobrecarga a realização de tarefas administrativas.

Todavia, para Leal e Melo (2018) o fato das enfermeiras negarem o trabalho gerencial em função da ideologia do cuidado, está presa na concepção dessa profissão de desejar a

proximidade com o saber científico. Isto, reflete na incompreensão quanto a singularidade e a indissociabilidade entre a dupla dimensão do trabalho da enfermeira, e também na falta de reconhecimento por parte dos empregadores, os quais não são cobrados pelo pagamento de um trabalho não pago realizado por essas profissionais. Afinal, compreendemos que a enfermeira é um ator social importante para execução das políticas de saúde e mudanças nos aspectos macro e micropolítico do sistema de saúde.

Destarte, reiteramos a importância da formação em saúde direcionada para a valorização do SUS e conseqüentemente, para o fortalecimento da APS, além da necessidade de se investir em discussões e problematização sobre o PTG, uma vez que é preciso haver uma sintonia entre os gerentes de US da APS, o lócus específico de atuação, e aqueles que atuam como dirigentes na estrutura político-administrativa do sistema de saúde local.

Ainda no que se refere as dinâmicas do PTG, as falas dos gerentes se reportaram no contexto organizacional, a questões sobre estrutura física da Unidade, horário de funcionamento, composição da equipe de saúde e organização dos atendimentos.

Quanto a estrutura física, descreveram a composição estrutural das Unidades, contemplando os serviços realizados nas mesmas. É o que sinalizam os fragmentos das falas, a seguir

A unidade de saúde [...] é composta por **sala de vacina, sala de curativo**[...]temos a sala de **expurgo, de esterilização** (GUBS 1)

[...] temos a sala de curativo, temos a **farmácia básica** (GUBS 6)

No decorrer da nossa observação, visualizamos as estruturas das Unidades conforme descrição dos gerentes. Entretanto, notamos que sete (7) USF funcionavam em casa adaptadas; três (3) funcionavam em casas própria. Já nas UBS sete (7) funcionavam em estruturas construídas e uma (1) em local adaptado. Aquelas que funcionavam em estruturas adaptadas estavam locadas em casas de tamanho variados, adaptadas com divisórias e improvisação dos espaços. A fala de (GUSF 8) revela aspectos sobre a estrutura da Unidade:

[...] é **um casa, não é própria, é alugada** provisoriamente, **a gente tá vendo se [...]consegue achar uma casa mas tá difícil** [...], a estrutura é essa que a [...]a **gente está fazendo um jeitinho**, ajeitando um pouquinho[...] não tem cozinha[...] tem uma copa que a gente coloca geladeira [...] (GUSF 8)

O Ministério da Saúde (BRASIL,2006c), no seu *Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde* faz recomendações sobre a adequação das estruturas das unidades

de saúde para a oferta adequada de serviços à população, de acordo com a RDC nº 50/2002, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Além disso, também ressalva que os Estados e municípios podem dispor de regulamentações próprias para a elaboração de projetos arquitetônicos das UBS, pois não pretende padronizá-las.

Esta questão de estrutura dos serviços de saúde tem se mostrado relevante e vem sendo observado por Nunes et al (2016), Soares Neto, Machado e Alves (2016), Pedrosa, Côrrea e Mandú (2011), principalmente a respeito da inadequação e improvisação do espaço físico, e como ele pode interferir nos resultados das ações em saúde da APS.

Desse modo, entendemos que ‘o jeitinho’ é um arranjo que mostra a existência de uma estrutura física inadequada nas US da APS, o que consideramos fonte de preocupação no trabalho do gerente, uma vez que o mesmo tem que lidar com as demandas trazidas pelas inadequações e improvisações, principalmente no que se refere a necessidade de organizar um espaço apropriado, confortável e seguro para os usuários e para os trabalhadores de saúde, tendo como foco o desempenho e a realização de práticas com qualidade.

Quanto ao horário de funcionamento, os gerentes revelaram que as US funcionam de sete da manhã às 17 horas, e os atendimentos são iniciados às oito da manhã.

A Unidade de saúde [...] **funciona** das **sete as 17 horas** (GUBS 1)

Unidade ela é aberta as sete horas da manhã, só que **o atendimento começa as oito**. (GUSF 9)

Durante as observações foi possível notar que a movimentação dos usuários na US, foi concentrada em alguns horários e de acordo com o tipo de atendimento ofertado no dia. No início da manhã e da tarde presenciamos a chegada dos usuários para realização da triagem, antes do atendimento. Além disso, notamos que as US ficam ociosas logo que os atendimentos de enfermagem e, principalmente os atendimentos, de médicos terminam, existindo em outros momentos uma busca intermitente por medicamentos, vacina, guias de exames e marcações de consultas.

A impressão que tivemos foi de que um dia típico de funcionamento das US, é condicionado e determinado pela presença ou não de atendimentos, principalmente do médico, esse processo reforça mais uma vez, a existência de modelo biomédico.

Em relação as equipes, os gerentes falaram sobre a composição das mesmas com diferenças entre a equipe da UBS (médico clínico, ginecologista e pediatra, enfermeiras (os),

técnicos de enfermagem, cirurgião-dentista, nutricionista) e da equipe da USF (enfermeira (o), técnicos de enfermagem, médico, cirurgião-dentista, assistente de consultório dentário); fizeram menção aos ACS e os profissionais da equipe do NASF. Vejamos as falas a seguir:

A unidade ela é composta de dois **clínicos**[...]temos a **ginecologista**[...]temos duas **pediatras** [...]dois **enfermeiros**, [...] tem a recepção com dois, três, quatro **assistentes administrativos**, uma **ACD**, [...] temos três **odontólogos**[...], **técnicos de enfermagem**, temos uma **nutricionista** [...] e **tem o gerente que sou eu** (GUBS 1)

[...] tem dia que tem cinco profissionais atendendo, dois **enfermeiros**, dois **médicos**, e a **dentista** atendendo, muitas vezes tem o **NASF** também que tá atendendo, **nutricionista, psicólogo, o assistente social, o educador físico** (GUSF 5)

A composição da equipe chamou nossa atenção uma das falas de gerente de UBS, o fato deste se considerar um membro da equipe de saúde da APS, afirmando que “tem o gerente que sou eu”. Contudo, a PNAB (2017a), não faz menção ao gerente como membro da equipe; o considera um profissional qualificado, cuja presença ou não na US depende da avaliação dos gestores de cada sistema de saúde local. Situação não é peculiar aos gerentes de USF, pois os enfermeiras (os) é quem assumem as atividades gerenciais e são membros fixos da EqSF. Entretanto, consideramos que a inclusão dos gerentes não deve ser facultativa e sim, uma condição fundamental para integrá-lo como um membro da equipe de saúde.

No contexto organizacional do PTG nos foi revelado como os gerentes tem resolvido as demandas advindas dos agendamentos e atendimentos na Unidade de Saúde. As falas a seguir, apresentam tal processo

Funcionamento a gente sabe que é **preconizado pelo município** [...], agendamento [...] **todos os dias que não é igual a todas as Unidades** (GUSF 8)

**A marcação era geral marcava o mês todo**[...] funcionava assim **antigamente** [...]. **Até eu ver que isso jamais deu certo. Agora eu alterei**, não sei se vai dar certo, porque houve resistência da recepção. [...] Dia de quinta vai ser clínico, dia de quarta vai ser ginecologista, dia de sexta marca os pediatras. **Eu tenho que marcar 15 [atendimento por dia] e deixar 5 para o dia, porque o médico ele não aceita 21, é assim** (GUBS 3)

[...] minha estrutura de atendimento é basicamente [...] farmácia, vacina, curativo, os **atendimento semanais das enfermeiras, os atendimentos médico** [...] **as marcações começam aqui no início do mês**, [...] eu sempre **abro a agenda pro mês todo** e ai eu **oferto vagas para comunidade no primeiro dia útil do mês**, então **a comunidade já está adaptada, ela vem já reserva**[...] então já programa aquele atendimento do mês [...] tem dia certo de pré natal, tem dia certo de planejamento familiar, tem o atendimento de hiperdia, tem o atendimento de visitas domiciliares, então **a parte da enfermagem já é esse cronograma de atendimento semanal** ne. (GUBS 6)



Observamos em relação aos agendamentos e atendimentos que cada US tem liberdade para determinar como será feito, assim, o agendamento pode ser diário ou pode ser mensal. Além disso, o cronograma de atendimento é determinado juntamente com os profissionais de saúde, contemplando nas USF os programas preconizados pelo MS; nas UBS, além de contemplar os programas, a realização de atendimentos especializados dos médicos clínico, ginecologista e pediatra, além de nutricionista.

Por conseguinte, apesar da limitação da quantidade de usuários atendidos por dia, mencionada por um dos gerentes, há referência também a um processo que eles chamaram de ‘encaixe de usuários’, vejamos:

[...] a gente **nunca marca os 20, marca os 15 e deixa os 5 pra emergência**, porque não dá para marcar a agenda toda, porque **no dia sempre vai surgir alguma coisa**, surge uma emergência.... mas mesmo assim desde o dia que eu cheguei **eu tenho os “encaixes”** (GUBS 3)

Aqui tem vários médicos, as vezes, não consigo uma vaga lá, **eu vou até o médico, peço ao médico uma vaga, já ajeito a vida do paciente**, as vezes não tem a vaga lá a gente corre por aqui mesmo, **pede ao médico uma vaguinha o médico brigando ou não mas dá**, tem que ajudar o próximo né (GUBS 4)

[...] mas é **mesmo as pessoas que não conseguem semanalmente elas nos procuram e a gente ‘encaixa’** porque no dia do atendimento, geralmente falta gente, então como faltam algumas pessoas, a gente está sempre encaixando (GUBS 6)

[...] porque **chega gente aí e a gente não tem como marcar**, a gente até tenta assim colocar, mas **os médicos assim eles tem uma quantidade**, né além até atendem sem, se eu botar, botar 40 eles vão dizer: - Poxa, ne. **Mas se chega um paciente sentindo mal, alguma coisa, eles atendem** (GUBS 8)

Essa ação dos gerentes de US da APS, nos faz refletir sobre as micropolíticas existentes no âmbito dessas unidades, até porque envolve as relações subjetivas entre os atores sociais que participam dos processos e a necessidade destes gerentes fazerem prevalecer o trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto. Assim, a ação dos gerentes representa uma estratégia, que momentaneamente pode resolver as necessidades de atendimento dos usuários, porém não podemos deixar de destacar que é preciso tomar cuidados com essa ação, pois pode acabar mascarando algumas realidades que necessitam ser mudadas e melhoradas dentro das US, como a melhoria do acesso da população aos serviços da APS, o que nos remete à necessidade de fortalecimento da APS como provável primeiro contato do usuário.

Aproveitando a proximidade trazida pelo desenvolvimento de ações micropolíticas no PTG, revelada pelas relações entre os gerentes, destacamos o último contexto que pode influenciar o trabalho do gerentes, o contexto relacional.

Você não pode carregar uma Unidade de Saúde como gerente nas costas, [...]você tem que estar em harmonia você tem que ter cooperados, [...]a gente tenta fazer com que a Unidade de saúde tenha uma única linguagem e não N's linguagens 'né' [...] As decisões aqui são tomadas em conjunto. (GUBS 1)

[...] cada um individualmente tem a sua personalidade o seu jeito ne mas **é uma família**[...]quando **você trabalha com uma galera que chega junto que veste a camisa** junto com você, que está ali realmente **sempre ajudando um ao outro** (GUBS 6)

[...] eu conto com apoio de outras pessoas, porque eu sozinha não conseguiria ver tudo[...] na verdade os outros membros da equipe também, acaba também fazendo um pouco dessa gerência comigo (GUSF 1)

[...] **a gente até que tem um bom trabalho em equipe**, né [...]a **gente veste a camisa** para que as coisas aconteçam de fato, **a equipe ela é dinâmica, mobilizada, ela faz tudo**, não preciso ficar toda hora cobrando (GUSF 4)

**Se você chegar me fazer uma pergunta, você vai fazer a ele ali, ele vai responder a mesma coisa.** Então quando eu tenho pra falar alguma coisa eu chamo todos e falo, pra **todo mundo está falando a mesma língua** (GUSF 8)

Tais falas indicam a participação dos membros da equipe da US no trabalho gerencial, principalmente quando os gerentes relatam que é preciso “estar em harmonia”, “tenha uma única linguagem”, “vestir a camisa” e “contar com o apoio de outras pessoas”.

Por outro lado, há falas divergentes às referidas a uma que não há um trabalho em equipe, e mesmo trabalhando em “sintonia” cada um sabe o que deve ser feito e o gerente supervisiona o processo (GUSF 10), dando ideia de divisão de trabalho ou trabalho em grupo e não de um trabalho em equipe.

O pessoal **não é muito equipe, não é unido...** [...]eles **não eram acostumados a respeitar**, entendeu. A verdade é essa e eu tô tentando modificar, você sabe que tudo novo é difícil e o pessoal está tentando se acostumar, **agora eles estão me tratando até melhor**, mas **eles não são acostumados a respeitar a gerência, todo mundo aqui quer ser gerente**, tem uma aqui na recepção, que quer ser gerente, **já tive discussões, discussões mesmo porque quer que eu adeque a palavra dela**, não posso (GUBS 3)

[...] a gente **trabalha em sintonia cada um fazendo sua parte** a gente **consegue ter um resultado satisfatório**[...] como **cada um sabe o que deve ser feito**, pra o **enfermeiro não fica tão puxando**, que **a gente só vai supervisionar** aquilo que está sendo feito (GUSF 10)

Vemos então que, no PTG de US da APS coexistem o trabalho em grupo e o trabalho em equipe e que a depender das concepções e perspectivas dos membros que compõem as

equipes de saúde, há resistência de um em detrimento do outro tipo trabalho. Por sua vez Ciampone e Peduzzi (2000) e Peduzzi (1998) discutem que no trabalho em saúde existe o trabalho em grupo (agrupamento) e o trabalho em equipe (equipe integração). No primeiro a centralidade está na dinâmica das relações e do vínculo entre os membros do grupo, que pode potencializar ou não a realização de uma tarefa. Já no trabalho em equipe a centralidade está na obtenção de resultados, ou seja, na atenção integral às necessidades de saúde dos usuários, mediada pela comunicação em busca de consensos entre os profissionais.

Nesta mesma direção Kell e Shimizu (2010) ratificam a prevalência da divisão parcelar e não articulada das equipe de US da APS balizada, principalmente, pela alta normatividade e a imposição de ações programáticas específicas, determinadas pelos nível federal.

Assim, os profissionais e equipes de saúde podem simplesmente reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las - trabalho em grupo -, como podem buscar criar espaços de mudanças para engendrarem novas necessidades e correspondentes modos de organização dos serviços de saúde, pensando na integralidade da atenção e na atuação interpessoal – trabalho em equipe - (PEDUZZI, et al.,2011).

Diante dessas dinâmicas do PT de gerentes de US da APS consideramos a superioridade da atuação do trabalho em equipe sobre o trabalho em grupo, uma vez que de acordo com Peduzzi et al (2011) no PTG o gerente, juntamente com a equipe de saúde pode construir e consolidar espaços de troca entre os profissionais, estimular os vínculos entre profissional-usuário-serviço, estimular a autonomia das equipes para a construção de seus próprios projetos de trabalho, e promover o envolvimento e o compromisso de cada equipe com o projeto institucional, ações que nos remete à gestão comunicativa e a cogestão.

Relembramos que a gestão comunicativa se refere ao pronunciamento de diversos atores sobre aquilo que acham importante na realidade em que vivem, esse pronunciamento necessita ocorrer por meio de uma comunicação livre de opressões. Já a cogestão alude ao compartilhamento das ações gerenciais no processo de trabalho em saúde como alternativa à centralização do poder nas organizações de saúde. Tais perspectivas já haviam sido discutidas por nós no contexto político do PTG. No entanto, dada a importância da sua plasticidade, não podemos deixar de citá-las como potencializadoras da participação dos trabalhadores da APS, na construção da prática gerencial e de um cenário de saúde mais preparado às necessidades de cada lócus e, conseqüente, de cada população.

O desenvolvimento de um relacionamento interpessoal acolhedor nas equipes de saúde pode ser utilizado como mola propulsora para que o trabalho em grupo seja efetivamente substituído por um trabalho em equipe, tendo em vista que os próprios gerentes de Unidades compartilham dessa visão.

[...] essa **ligação do gerente com os profissionais de saúde**[...]ela é de **fundamental importância** porque **quando há em harmonia** essa ligação é.. a coisa funciona de maneira correta, de maneira mais suave [...]a gente tenta equilibrar, harmonizar os pensamentos, e as tomadas e as opiniões divergentes a gente tenta equilibra isso pra que a comunidade saia ganhando na verdade (GUBS 1)

[...] **quando a gente trabalha com uma equipe parceira o trabalho fica mais fácil** né. [...] aqui eu também tenho essa facilidade, na verdade eu tenho uma equipe muito boa. (GUBS 6)

Assim, **a relação interpessoal da minha equipe é muito boa**[...] não são todas as Unidades que tem relação que eu tenho com minha equipe[...] (GUSF 8)

Nessa Unidade **o trabalho é bem satisfatório, o relacionamento interpessoal aqui é muito bom**, tanto eu, quanto o médico, como toda a equipe, até dos próprios agentes comunitários [...] e a grande maioria aqui tem mais de 2 anos na equipe, eu sou a mais recente, o médico tem 2 anos, as meninas tem 2, tem uma que tem 6 anos então é uma equipe que já tem um tempo trabalhando junta, se dão muito bem (GUSF 9)

No que tange a relação entre os profissionais a integração representa um elemento facilitador do trabalho gerencial. Ademais nem todas Unidades de Saúde da APS local possuem uma “boa” relação, o que pode contribuir para o surgimento de conflitos entre os membros da equipe e com os próprios gerentes de US, principalmente por problemas de comunicação.

Para Thofehn e Leopardi (2006), o desenvolvimento de relações interpessoais está associado a formação e manutenção dos vínculos o que, conseqüentemente, facilitaria a resolução dos conflitos. Mas, no âmbito dos serviços de saúde estarão presentes as questões subjetivas, que envolvem a imaginação, os desejos, as ansiedades de cada profissional e trabalhador da saúde, que quando reunidos constituem um trabalho conjunto.

Nesse sentido, o bom relacionamento interpessoal pressupõe trocas internas dos profissionais de saúde consigo mesmos, e trocas externas, dos profissionais com os outros membros da equipe e com o lócus de atuação. Essas trocas precisam ser constantes para que possam gerar um comportamento que é próprio de cada grupo (MARTINS, et al., 2012)

É dessa forma que compreendemos o estabelecimento de vínculo profissional para atingir as finalidades e objetivos do projeto de trabalho de cada US. No entanto, essa formação e manutenção de vínculos está atrelada além das questões subjetivas, pois o tempo

de convívio da equipe é de extrema importância para manutenção de “boas” relações, uma vez que, conforme Oliveira et al (2016) nos conduz a pensar o problema da alta rotatividade de profissionais nas US da APS.

Outrossim, temos clareza que é preciso estimular o desenvolvimento do trabalho em equipe e o relacionamento interpessoal nas US da APS, principalmente por meio de atividades de Educação Permanente, pois ambos mostram ser fundamentais e se confirmam como mais um elemento do processo de trabalho gerencial que envolve a tecnologia leve do trabalho em saúde, por necessitar da flexibilização do olhar dos profissionais e trabalhadores da saúde, acerca do modo de operar e agir no espaço micropolítico das Unidades de Saúde da APS.

#### 4.3 O AGIR DOS GERENTES DE UNIDADE DE SAÚDE: LIMITES E POTÊNCIA PARA O FORTALECIMENTO DOS ATRIBUTOS DA APS LOCAL

Historicamente a construção do sistema de saúde brasileiro é marcado por impactos trazidos pelas mudanças e instabilidade política, econômica e social do país. Assim, em meio a este contexto, a política de APS no Brasil ainda enfrenta impasses para cumprir a dupla missão, de se constituir como ordenadora da RAS, por fundamentar o nível primeiro contato e de instaurar mudanças no modelo assistencial à saúde, ainda fortemente marcado pela lógica médico hegemônica.

Retomamos a nossa atenção às USF e UBS, as quais compõem a RAS e prestam assistência ao usuário, às famílias e à comunidade por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, recuperação e reabilitação. É no âmbito dessas US que encontraremos as equipes compostas por diferentes categorias de profissionais, podendo ou não um desse representante ser o gerente de Unidade de Saúde da APS, para atuar na gerência desses serviço de saúde.

As falas dos gerentes nos remetem aos sentidos atribuídos ao trabalho (MORIN, 2001; MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007; RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2016). Sobre os sentidos atribuídos ao trabalho, Rodrigues, Barrichello e Morin (2016), discutem que definir o sentido do trabalho é uma tarefa difícil, pois pressupõe o uso da subjetividade e da interpretação atrelado aos aspectos sociais e culturais que cercam a questão.

O trabalho de gerentes de US da APS local possui um caráter multifacetado, pois é visto como duro e pesado; atividade burocrática; atividade que requer compromisso e responsabilidade; fonte de sustento; e ainda como uma atividade transformadora, leve, tranquila, prazerosa.

O trabalho gerencial é reconhecido pelos gerentes de UBS e USF local como pesado e duro, árduo, puxado, obrigatório e que acontece de maneira atropelada e limitado, como vemos nas falas a seguir

[...] nós como gerentes somos **muito cobrados** e eu não estou fazendo uma reclamação nem uma queixa [...] uma **grande pressão** [...] no que tange ao gerente (GUBS 1)

[...] o serviço eu acho assim muito **cansativo, repetitivo** [...] (GUBS3)

Um pouco **corrido** [...] (GUBS 4)

[...] tem dias que são mais **cansativos** porque a Unidade tem um atendimento maior [...] (GUBS 6)

Bem **agitada** [...] (GUBS 7)

[...] eu acho um **trabalho muito árduo**. Essa gerência se dá de uma **forma tão atropelada**. Eu vejo assim que faz parte do nosso cotidiano do nosso dia-a-dia e que na verdade a gente **faz porque tem que fazer** [...] (GUSF 1)

O trabalho da gente enquanto gerente acaba sendo um pouco **puxado** [...] (GUSF4)

É muito **trabalhoso** (GUSF 7)

[...] nossa atuação como gerente ela fica muito **limitada** (GUSF 9)

Tais características ressaltadas pelos gerentes sobre o trabalho gerencial são compatíveis com a concepção clássica do trabalho, não no seu sentido braçal, mas uma atividade degradante, que causa desgaste e é duro. Borges e Yamamoto (2014) reforçam que a cultura do trabalho no Brasil carrega, de um lado, a herança da escravidão e de outro, as condições atuais que afetam a capacidade dos sujeitos construírem um mundo do trabalho melhor.

Além disso, esses entendimentos acerca trabalho gerencial foram ratificadas pelas nossas observações ao visualizar o agir dos gerentes na rotina nas US da APS, configurando-se como um trabalho estressante, principalmente nos dias em que condensavam atendimentos de vários profissionais. Naqueles momentos os gerentes de US da APS eram requisitados constantemente, seja pelos membros da equipe de saúde, seja pelos usuários que procuraram a Unidade em busca de resolução das mais variadas questões. Durante as entrevistas, também vivenciamos momentos em que os gerentes foram solicitados, principalmente para resolver

questões que eles afirmam ser burocráticas, como telefonemas, assinar frequência mensal de funcionários, solicitação de férias de ACS e outras.

As falas dos gerentes traduzem a burocracia presente no dia-a-dia da US da APS, o que pode conferir uma fragilidade no agir do trabalho gerencial, conferida pelas ações burocráticas, visualizada nas falas a seguir

[...] a minha parte é mais gerenciamento mesmo mais a **parte burocrática dos papéis** [...] (GUBS 2)

Eu acho que esse serviço é **muito burocrático**, eu acho, eu não gosto dessa parte, não gosto[...] (GUBS 3)

[...] no geral ele [*gerente*] faz de tudo um pouco, não na parte técnica, mas na **parte burocrática, de papéis** [...] (GUBS 8)

O termo burocracia de acordo com Pascarelli Filho (2011), tem sido utilizado de forma equivocada. Na concepção weberiana, a burocracia "tem um caráter 'racional': regras, meios, fins e objetivos dominam sua posição" (WEBER, 1982, p. 282). Assim, é defendida como modelo de administração pública, marcada pela impessoalidade, hierarquia, regras rígidas, especialização e a produção continuada e controle de bens e serviços. Ela pode estar relacionada à disfuncionalidade administrativa, como aquela que causa entraves na estrutura administrativas. É relacionada à Ciência Política como um modelo que leva à formação de uma oligarquia e que tem caráter antidemocrático (PASCARELLI FILHO, 2011).

Para Faria e Meneghetti (2011), a burocracia está presente em várias áreas e pode ser entendida como organização, como controle ou ainda como poder político. Como **organização** está baseada na racionalidade instrumental, fundamentada no modo como o trabalho se organiza; como **controle** estabelece relações por vias objetivas ou pelo domínio intersubjetivo (ideológica, a submissão, os comportamentos, padrão e o disciplinamento) criando costumes, normas informais, ideias e imaginários e, como **poder**, o qual denota relações de dominação na estruturação das relações sociais ou favorecimento aqueles que possuem os meios de organização e domínio do local em que se realiza o trabalho.

A concepção mencionada pelos gerentes passa por uma visão pejorativa da burocracia, como aquela que causa entrave; e envereda para o entendimento do trabalho gerencial burocrático, como organização e como controle, uma vez que os mesmos referem que lidam com a “burocracia dos papéis”, cujo agir pode desencadear entraves na estrutura administrativa. Essa relação do trabalho com a burocracia está presente na concepção capitalista tradicional, pois nela é valorizada a disciplina, o trabalho duro e padronizado,

duramente criticado pela concepção marxista do trabalho que a caracterizava como monótona, repetitiva e exploratória.

Deste modo, diante da visão de trabalho como algo pesado, duro, desgastante, cansativo e burocrático vimos que o trabalho dos gerentes da APS tem a concepção de trabalho, como obrigação para ganhar a vida, sob supervisão ou ainda que comporta exigências físicas e mentais, embora sinalize a necessidade de analisar às demandas psicológicas, sociais e culturais que cercam essa questão.

Ainda no que tange a influência da concepção de trabalho, a concepção capitalista, assume um caráter de sustento material (econômico), tomando a forma de emprego com remuneração salarial. Entretanto, com as crises no mundo do trabalho capitalista apareceu o desemprego e, depois de meados do século XX, a forma de subemprego ou emprego de baixa qualidade (COUTINHO, 2009; BORGES; YAMAMOTO, 2014).

Neste sentido, para Rohm e Lopes (2015), o emprego não deve ser entendido como sinônimo de trabalho, pois o emprego se refere a uma condição posta ao trabalho remunerado e reconhecida socialmente, reduzindo o trabalho a um valor de troca. Desse modo, entendemos que trabalho significa aprender a fazer e saber fazer alguma coisa que transforma a realidade e a própria pessoa que trabalha, não pressupondo uma lógica de mercadoria.

Entretanto, notamos que o agir dos gerentes de US da APS locais, tem sido assumido como condição necessária para o sustento material (emprego), destacadas na fala a seguir:

[...] a parte de gerência se ele não fizer bem feita corre, ele está mais susceptível ao desemprego, ou então a imagem dele não ser bem vista como bom enfermeiro [...] (GUSF 1)

Frente a este relato, faz-se necessário a explanação no que se refere ao vínculo empregatício, por contrato de trabalho via cooperativa e a influência da concepção gerencialista, ao quais os gerentes de US da APS estão submetidos.

A regulação do trabalho, por meio de contratos temporários, se constitui em prática que visa agregar valor somente ao locus de trabalho (ROHM; LOPES, 2015), associado ao medo de perder o emprego que é o seu meio de sustento econômico, além da necessidade humana de aceitação e inserção no meio social, alimentando o temor de ser excluído do grupo ao qual pertence (FARIA, 2007), por não fazer um bom trabalho e conseqüentemente, não ter uma boa imagem.

A relação *trabalho-emprego-remuneração-imagem social* também é reforçada pela concepção gerencialista pois, nela o trabalho é uma mercadoria, fonte de renda, assistência e



bem estar social, ser provedor de relações, baseada nas relações humanas, no trabalho em grupo e no pensamento taylorista-fordista da administração tradicional (BORGES; YAMAMOTO, 2014).

Diante dessa realidade, Rodrigues, Barrichello e Morin (2016, p. 194) argumentam que o sentido do trabalho “reside em manter-se no jogo, conseguindo sustentar o comprometimento com a organização, mesmo que o vínculo não se mantenha no tempo”.

Sobre o comprometimento e responsabilização acerca do agir no trabalho gerencial para os gerentes das UBS e USF, este trabalho exige uma atuação responsável, contínua, dinâmica e com realização de multitarefas.

[...] gerente é **tudo, mil utilidades**. Tudo é gerente, **todo ‘pepino’ é o gerente**. Muita **responsabilidade**[...] (GUBS 4)

[...]o **tempo todo a gente tentando ajustar** coisas, tentado resolver da forma que nos é oferecida [...] (GUBS 7)

[...] na realidade o trabalho do gerente, é como ele **faz de tudo um pouco** dentro da Unidade[...] (GUBS 8)

É de muita responsabilidade. Enfim, **tudo que ocorre é comigo** (GUSF 1)

[...] então é uma **responsabilidade** também muito **grande**, ter que trabalhar com a parte de gerência né porque **tudo você responde**, você **responde tanto por você, quanto pelo seu trabalho, como pelo trabalho dos outros** [...] (GUSF 7)

Para Rodrigues, Barrichello e Morin (2016) o comprometimento organizacional representa a força da natureza e os vínculos que as pessoas estabelecem com as organizações. Esse comprometimento possibilita que os trabalhadores apresentem características de comprometimento afetivo, e características de comprometimento de base instrumental, composto por atividades realizadas seguindo um molde pré estabelecido, distante da realidade de trabalho, cumprindo as tarefas para atingir metas (BASTOS; JANISSEK, 2014).

São considerados aspectos positivos, para o trabalhador que se mostra comprometido com o lócus de trabalho, competência, holísmo, engajamento, dedicação e motivação, tais características levam o trabalhador a desenvolver um vínculo afetivo com a organização, contribuindo para melhores resultados organizacionais e maiores perspectivas de crescimento para o próprio sujeito. Todavia, são consideradas aspectos negativos, o trabalhador que se mostra acomodado, mecanicista, funcionário-padrão, parcialmente motivado, comprometido consigo mesmo e com a carreira e sem maior envolvimento. Características que revelam um comprometimento instrumental, contribuindo para a priorização do trabalhador na indicação para treinamento de habilidades comportamentais ou para desligamento em caso de

necessidade de “corte”, também pode fundamentar a aplicação de uma punição por um possível desempenho insatisfatório, a necessidade de constante de *feedback*, o alongamento da jornada de trabalho e a delegação de uma atividade cotidiana de trabalho (BASTOS; JANISSEK, 2014).

As falas dos gerentes não nos permite relacionar os aspectos positivos e negativos de cada gerente de US da APS, uma vez que necessitaríamos aprofundar os estudos com base nos fundamentos da Psicologia Organizacional. No entanto, o fato desses gerentes referirem que no trabalho gerencial eles são “tudo. Mil utilidades”, “todo pepino é o gerente”, “faz de tudo um pouco”, “tudo que ocorre é comigo”, “tudo você responde”, nos faz pensar sobre a possibilidade de existir um envolvimento instrumental.

Por outro lado, um relato nos chamou atenção quanto a amplitude da responsabilidade de “sentir-se” gerente de US da APS, conforme é explicitado na fala a seguir

Enfim **mesmo eu em casa eu sou responsável pela Unidade**, se acontecer um arrombamento, eu é que sou responsável de ir até a delegacia, prestar queixa e conduzir essa queixa até a Secretaria Municipal de Saúde [...] (GUSF 1)

Essa ideia apresentada pela entrevistada é compatível com as considerações de Motta (2002), de que os gerentes se dedicam a tal ponto ao trabalho gerencial, que se preocupam com ele mesmo nos horários em que não está no seu lócus de trabalho. Isso, repercute no fato dos mesmos levarem problemas e demandas para casa, que conseqüentemente podem invadir de maneira inevitável o seu tempo de lazer.

Ademais para além da concepção clássica do trabalho ou, de uma visão tradicional do trabalho gerencial burocrático e ou de uma concepção gerencialista como forma de emprego, os gerentes sinalizaram para um redimensionamento da visão com a possibilidade de mudança para se pensar em uma transformação no agir do trabalho gerencial que pode ser realizado de maneira leve e flexível, cujo processo de trabalho é importante, contínuo, permanente, específico e que os capacita, retratado nos fragmentos das falas a seguir:

[..]mas, tem dias que eu lhe confesso que é **mais tranquilos**[...] é um **trabalho prazeroso** pra mim que gosto, é bom. Eu acho bom (GUBS 6)

[...] mas é tranquilo. Na verdade porque **o dia a dia é um aprendizado** a cada dia a gente aprende mais [...] (GUBS 7)

a gente **aprende com o dia a dia**, [...] **cada dia é uma experiência nova**, nunca acontece a mesma coisa de um dia pro outro, sempre são coisa diferentes [...] as vezes surge um problema, tem dia que não surge nada, **tem dia que está mais calmo**, então é no dia a dia mesmo (GUBS 8)

[...] gerência se faz **todo dia** [...], **todos os momentos eu tô gerenciando** [...] Na verdade **eu nunca imaginava que gerência era tão importante**, só depois que eu vim atuar na Unidade de Saúde da Família[...] (GUSF 1)

[...] a **todo momento** eu faço essa função de gente de Unidade. Então isso é uma **coisa diária**. (GUSF 2)

[...] é **prazeroso**, eu gosto muito sabe, de ter contato com a comunidade, de ser gerente [...] (GUSF 5)

[...] o **dia a dia que nos capacita** (GUSF 7)

A visão do trabalho como algo leve, flexível e porque não dizer transformador, os gerentes de UBS e USF diverge da concepção clássica, sobre o trabalho como algo pesado e duro. O trabalho gerencial é considerado prazeroso, fonte de aprendizado diário, com dias diferentes e tranquilos.

Esta concepção de trabalho nos remete ao pensamento de Mintzberg (2010) de que não há como o gerente controlar totalmente suas atividades, uma vez que grande parte das situações que ele lida diariamente são inesperadas. Além disso, concordamos quando o mesmo continua sua reflexão e afirma que não existe um modelo formatado de gerência, pois “não existe dois trabalho gerenciais iguais, nem mesmo dois dias guais da mesma pessoa no mesmo trabalho” (MINTZBERG, 2010, p.139)

A compreensão do trabalho gerencial como um processo contínuo e permanente direciona o entendimento da gerência em saúde como uma forma de aprendizado e portanto, permite o desenvolvimento do pensamento livre e a criação de uma visão crítico-reflexiva, que possibilita a transformação da prática gerencial (JESUS; SOUZA, 2014).

Diante disso, o aprendizado sobre a gerência em saúde não deve estar preso apenas aos conhecimentos estruturados, mas sim construído e adquirido diariamente no espaço em que se trabalha com pessoas que carregam uma gama de características, demandas e problemas peculiares e complexos.

Concordamos com Morin, Tonelli, Pliopas (2007) e Morin (2001) que o prazer e o sentimento de realização passíveis de serem alcançados na execução de tarefas, dão um sentido ao trabalho. O trabalho poderá favorecer a demonstração de talentos e competências, ajudar na resolução de problemas, conquistar novas experiências, aprender coisas novas, ou seja, ajudar na transformação das dificuldades em criações reconhecidas no espaço público, seja ele na própria organização ou na sociedade.

Logo, em meio aos diferentes modo de fazer e agir no trabalho gerencial em saúde é clara a presença de uma visão clássica, tradicional e gerencialista marcada pelo trabalho pesado, duro, burocrático, fonte de renda e com alto nível de exigência, contrastando com

uma visão renovada sobre gerência em saúde, pela possibilidade de ser uma atividade transformadora, prazerosa e fonte de aprendizagem. Assim, concordamos com Davel e Melo (2005) que o trabalho gerencial abrange processos distintos mas que acontecem simultaneamente, por meio da interação com o ambiente, com as pessoas e outros aspectos, no entanto, essa diversidade não é excluyente, mas possibilita entender a gerência como um processo multidimensional como, possibilidades de transformação.

O agir dos gerentes de US da APS se consolida diariamente na convivência com as equipes de saúde, com a comunidade e no manejo das particularidades presente neste âmbito, em virtude do caráter multifacetado de cada território. Dessa maneira, o agir dos gerentes de US da APS é uma categoria que envolve o reconhecimento dos limites e potenciais para o fortalecimento dos atributos da APS. Significa reconhecer os impasses e as potencialidades do trabalho gerencial para o enfrentamento das dificuldades e desafios e consequente fortalecimento dos atributos essenciais da APS: atenção de primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A atenção de primeiro contato implica na compreensão das USF e as UBS como “portas de entrada” preferenciais da RAS, além da oferta e da disponibilidade de ações e serviços demandados pela população. O reconhecimento dos gerentes quanto a capacidade das US de receber e resolver as demandas dos usuários, suas famílias e comunidade, se mostra como uma das primeiras ações de fortalecimento da APS, vejamos algumas falas que ilustram tal fato

**A gente está sempre está apto né, portas abertas pra resolver**, pra atender o público também (GUBS 7).

Geralmente os usuários é o primeiro ponto que eles procuram de atenção, daqui se necessário a gente direciona para outros setores, caso seja preciso, senão a gente resolve o problema dele aqui mesmo (GUSF 2)

**O trabalho do gerente na Atenção Básica é essencial como porta de entrada na Atenção Primária** porque se você já barra o paciente aqui ele não conseguir resolver, ou se você não direcionar o local certo para onde ele vai, ele vai ficar perdido, ele não vai entender qual é a dinâmica qual é o fluxograma (GUSF 3)

[...] a porta de entrada é a atenção básica, é a Unidade de Saúde (GUSF 4)

Então assim eles ainda veem a Unidade como aquela porta de entrada do serviço, é.. e tem sido procurado dessa forma na grande maioria né, eles buscam primeiro a Unidade de Saúde da Atenção Básica (GUSF 5)

Quando os gerentes referiram que os usuários ainda procuram e veem as Unidades como cenário de primeiro contato, reforçam a importância e a necessidade de seu envolvimento na organização e oferta dos serviços adequados às características da população de cada lócus. No entanto, não podemos deixar de considerar que a organização das US da APS, tomando como base os programas definidos pelo nível federal, pode limitar as ações e serviços ofertadas aos usuários e a comunidade, assim como pode influenciar na decisão desse usuário de procurar essas unidades como primeiro nível de atenção.

Durante a observação percebemos que todas as US da APS local, apresentavam uma cartaz indicando o “cardápio de serviços”, dentre eles acolhimento, assistência à saúde (gestante, criança, adolescente, adulto, mulher, homem, idoso, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva), atenção a doenças crônicas, doenças infecciosas e parasitárias, primeiros atendimentos a urgências e emergências, consulta odontológica, consulta de enfermagem, consulta médica, dispensação de medicamentos, dispensação de preservativos e contraceptivos, realização de procedimentos como coleta de exame papanicolau, coleta de teste rápido, ações educativas em saúde, saúde na escola, visita domiciliares, procedimentos de enfermagem (curativo, imunização, nebulização, administração de medicamentos, retirada de pontos, teste do pezinho), disponibilidade de exames laboratoriais, de exames de imagem e de consultas especializadas.

Além disso, também observamos um cronograma informando os dias e tipos de atendimento de acordo com os programas preconizados pelo MS, entretanto, presenciamos a flexibilidade quanto aos atendimentos programados, na medida em que não houve recusa dos profissionais em atender a demanda de usuários que buscavam a US para um tipo de atendimento que não estavam programada para aquele dia.

Nesse contexto, é que reforçamos a atuação dos trabalhadores da saúde, e principalmente dos gerentes dessas Unidades em trabalhar em prol da efetivação da APS como ordenadora da RAS. Concordamos com Oliveira e Pereira (2013) que diante desse panorama o desenvolvimento e o uso de ferramentas apropriadas no trabalho gerencial, como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização de trabalho em equipe e o compartilhamento do processo decisório, poderá contribuir para a melhora da oferta na atenção de primeiro de contato.

Ressaltamos a pertinência do entendimento, pois muitas dessas ações já foram vistas no PTG, principalmente questões relacionadas ao trabalho em equipe e o planejamento das ações. No entanto, ainda observamos algumas situações do trabalho gerencial local que

necessitam ser mudadas, principalmente no que se refere ao compartilhamento de responsabilidades no processo decisório.

As falas dos gerentes já anunciam outro aspecto a ser fortalecido na APS pelo agir dos gerentes que é a coordenação da atenção entre os níveis de assistência. Assim, quando os gerentes afirmam “se necessário a gente direciona para outros setores” e “se você não direcionar o local certo para onde ele vai, ele vai ficar perdido”, nos remete a necessidade articulação entre os aos diferentes âmbitos da RAS e a orientação adequada aos usuários, famílias e comunidade, a fim de proporcionar aos mesmos a continuidade do cuidado.

No âmbito local, percebemos que existem duas realidades no que se refere a coordenação da atenção. Uma realidade interna que depende da organização da própria US pelos gerentes e equipes, e que se refere ao trabalho de ambos para garantir que a US funcione como ponto de referência para resolver as demandas dos usuários - primeiro contato – e facilitar o ordenamento do fluxo da demanda programada e espontânea na RAS e uma realidade externa que depende da organização feita pelos profissionais que atuam como gestores do sistema de saúde local e que se refere ao desafio da demanda reprimida e a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços que dependem da Central de Regulação (CR) municipal

Neste sentido, a coordenação tem se mostrado um dos atributos essenciais da APS mas também um dos mais frágeis, dada a fragmentação existente no sistema de saúde brasileiro, que gera ineficiência da mesma e contribui para o surgimento de alguns dos entraves que comumente encontramos em várias realidades de saúde do país, como as iniquidade e deficiência na prestação do cuidado, a dificuldade de acesso aos níveis de atenção mais complexos, e, portanto, a descontinuidade e fragmentação do cuidado (CONILL, 2007).

No que tange, a realidade interna observamos que a coordenação da atenção à saúde está intrinsecamente relacionada à atenção de primeiro contato, pois os usuários necessitam da US para ter acesso aos outros serviços da RAS. E portanto, o agir dos gerentes para o fortalecimento da coordenação na APS representa um desafio, assim como também depende da atuação e da responsabilização dos mesmos e das equipes, no encaminhamento dos usuários de demanda programada e demanda espontânea, como ilustram as falas a seguir

**Alguns problemas a gente não consegue resolver aqui por que as vezes precisa ser direcionado para outros pontos de atenção[...] (GUSF 2)**

É claro que nem tudo a gente tem aqui, claro **tem coisas que não cabe a atenção básica**, mas **a gente faz os devidos encaminhamentos** necessários. (GUSF 5)

[...] a gente **indica onde as pessoas podem ir para ser atendido** né, porque **as vezes vem aqui mas não é aqui com a gente**, é em outros setores, outros lugares (GUSF 8)

O paciente chegou ai ele tá sentindo alguma coisa, se a técnica já estiver presente ela já começa fazendo os primeiros atendimentos, verificação de pressão, a glicemia, faz o peso, a altura, vê quais são as medicações que toma, se ta tomando, ai faz esse primeiro atendimento, solicita uma receita antiga pra ver realmente se ta condizente com o que ela está falando e ai aguarda ou chegar o médico ou a enfermeira, quando, nos dias que não tem medico eu mesmo faço esse atendimento, **se for algo que não está ao meu alcance pra poder estar resolvendo, então eu faço encaminhamento para a policlínica de referência**(GUSF 9)

Quando os gerentes referem que os usuários são encaminhados para outros serviços dentro na RAS e que fazem orientação dos locais aonde devem buscar atendimento, percebemos que os gerentes tem consciência da importância das USF e das UBS na articulação entre os diferentes níveis de assistência.

Diante disso, destacamos a necessidade de uma comunicação adequada entre níveis de assistência, tendo em vista que de acordo com Portela (2017a) a coordenação está intrinsecamente ligada à qualidade dos dispositivos de transferência de informação (guias de referência e contra referência, relatórios e outros), além do manejo dos usuários nas várias fontes de atenção.

Durante a observação ouvimos o relato de um grupo de ACS sobre guias de exames e consultas que haviam sido disponibilizadas pela Central de Regulação Médica (CRM) e que o prazo para realização do atendimento já havia terminado pois os usuários não foram verificar a marcação e nem os ACS conseguiram entrar em contato com os mesmos para repassar a informação sobre a disponibilidade do atendimento. Observamos que a comunicação entre usuários e a US precisa ser melhorada, evitando desencontros e o impedimento dos usuários de utilizarem as vagas disponibilizadas.

Na realidade interna da coordenação da atenção à saúde merece destaque o uso da classificação de risco do usuário pelos trabalhadores da US da APS, para minimizar o excesso de encaminhamentos, assim como a sobrecarga de outros lócus da assistência.

[..] **a gente já tem a classificação de risco** com acolhimento né, então esse **paciente que é de demanda espontânea** a gente acolhe e **verifica se realmente essa demanda dele necessita do atendimento no dia, na hora, no momento** senão a gente vai orientar e escutar e agendar, para que ele retorne posteriormente (GUSF 4)

[...] **só do paciente não se deslocar daqui, como se deslocava para um Clériston, ficava lá esperando, para uma policlínica, que hoje a gente tem a classificação**

**de risco né na Unidade de Saúde, a gente tem uma demanda espontânea** os pacientes, com febre, paciente que for fazer alguma sutura, alguma coisa, com garganta inflamada que ia direto para policlínica ou para o Clériston, aquelas coisas (GUSF 8)

As **urgências a gente trabalha** com o acolhimento com **classificação de risco**, esse paciente **quando ele chega na Unidade, vê qual é a situação dele**, a demanda dele, **se for um paciente que ele pode aguardar ai a gente faz agendamento, se for paciente que a gente vê que o risco dele**, tem que ser naquele momento, naquela hora, a gente tenta, **a gente tem algumas consultas de emergência e a gente faz o “encaixe” daquele paciente[...] hoje por exemplo a gente trabalha com a classificação de risco, antigamente não existia uma classificação de risco** (GUSF 10)

Frente ao exposto, notamos a necessidade de se trabalhar em função do aumento da resolutividade do cuidado nas Unidades de Saúde da APS, mediante a ação do trabalho em equipe e o uso de protocolos de atendimento por meio da classificação de risco.

Segundo Scholze (2014), a importância da classificação de risco nas US da APS evita tratamentos desnecessários assim como pode garantir que os encaminhamentos gerados pela escuta qualificada, levam os usuários, adequadamente, aos mais diferentes itinerários e âmbitos de resolutividade, conforme as necessidades percebidas pelos profissionais de saúde e aquilo que é oferecido pelo sistema local de saúde.

Ainda no que se refere a classificação de risco nas Unidades da APS, não podemos ignorar que apenas as gerentes de Unidades de Saúde da Família e que também são enfermeiras das USF, referiram o uso de protocolo como uma estratégia que ajuda na regulação interna e externa do fluxo dos usuários entre os níveis de assistência e na verificação das necessidades de atendimento da demanda programada e da demanda espontânea. Dessa maneira, percebemos que se faz necessário que o entendimento sobre a importância da classificação de risco seja extensivo também aos gerentes e trabalhadores da equipe de saúde das UBS.

Essa lógica é respaldada, tendo em vista que já é consenso que quando funciona bem, os serviços da APS tornam-se capazes de resolver mais de 80% dos casos que chegam às US sem demandar encaminhamento e, por esse motivo, a atenção de qualidade é considerada um importante condutor para a promoção e o desenvolvimento da saúde das populações (BATALHA; LAVOR, 2017).

No que tange a coordenação da atenção na realidade externa, aquele que depende da organização dos gestores do sistema de saúde local e da CRM, os gerentes referiram um grande desafio/dificuldade para agir no PTG, que é a questão da demanda reprimida e a dificuldade de acesso dos usuários a serviços de média e alta complexidade.



[...] hoje eu acho que **o maior desafio** de um gerente de Unidade de Saúde chama-se **procedimentos agendados pela Central de Regulação** (GUBS 1)

[...] sabe como é **minha cota aqui**, da Secretaria, **da Central de Regulação**, minha cota é **um cardiologista**, eu vou te mostrar, todo mês é, um cardiologista, **dois angiologista**, o que **vem mais**, é **ultrassom mamária** (GUBS 3)

As vezes marcação, **dificuldade sim**, **marcação mesmo porque em todos os postos é pouca**, a demanda é muita, **muita gente**, **poucas vagas** aí, é difícil muito difícil (GUBS 4)

A gente **queria que viesse vagas**, **que a gente chama da cota para todo mundo** né, que az gente sabe a dificuldade do pessoal. [...] **a gente recebe uma cota determinada** (GUBS 5)

As falas dos gerentes chamam nossa atenção para a questão do acesso aos serviços de saúde nos níveis de média e alta complexidade. Tema que tem sido discutido por diversos autores, e em virtude da complexidade do mesmo são encontrados diversos conceitos.

Ao discutirem o acesso a serviços de saúde, Assis e Abreu de Jesus (2014) propõem um modelo teórico que contempla cinco dimensões de análise a dimensão política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica. A *política* refere-se a formulação de políticas de acesso universal e aos programas definidos na esfera federal, a integração entre os níveis municipal, estadual e federal, relação público-privada, formação dos recursos humanos, a participação social e a processo de tomada de decisão. A *econômico-social* considera os investimentos nos níveis de complexidade, além das barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas. A *organizacional* faz menção à porta de entrada do sistema de saúde, ao fluxo de atendimento, às barreiras geográficas, além do processo de encaminhamento e coordenação da atenção à saúde. A *técnica*, relaciona a integralidade da atenção, ao planejamento e programação das ações, assim como o uso de tecnologias leves (acolhimento, vínculo) e o compromisso e competências dos profissionais. Por fim, a *simbólica* refere-se ao entendimento do processo saúde–doença, as crenças, valores, cultura e subjetividades existentes em cada realidade de saúde.

Todavia, entendemos que na ausência ou comprometimento de quaisquer dos elementos que compõem as dimensões da categoria acesso, principalmente daqueles relacionados a existência de barreiras sociais, econômicas, culturais e geográficas, podem contribuir para o surgimento de desafios e aumento das dificuldades a serem enfrentadas pelos gerentes para fortalecer os atributos essenciais da APS.

Os gerentes de US referiram que há uma grande dificuldade para realizar marcação e agendamento de consultas e exames na Central de Regulação, em virtude da pouca quantidade

de vagas para atendimento dos usuários. Observamos assim a presença de barreiras de acesso relacionada às dimensões econômica-social e organizacional, um vez que esse impasse se articula com os investimentos nos níveis de complexidade e a organização da RAS. Além disso, esse fato também implica na incompatibilidade entre o que preza a legislação brasileira sobre direito a saúde, e a legislação do SUS sobre os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

Por conseguinte, os gerentes de US da APS citam os motivos que acreditam contribuir para tal ocorrência. Vejamos

**[...] algumas clínicas elas se desligaram, né, os custos também aumentaram pra caramba, essa crise econômica-política** que não tem assim previsão de término, só piorou né então assim **o orçamento do município ele também enxugou [...]** obviamente os serviços pleiteados e ofertados aos clientes **ele também tende a cair**, tende a diminuir [...] a gente não pode achar um culpado, na verdade não existe um culpado, **o médico a prefeitura oferece um valor, o médico vai optar por prestar o serviço ou não se ele quiser**, [...] (GUBS 1)

[...]esse mês, eu só posso marcar três cardiologista, um endocrinologista, que isso ai **depende da tabela do SUS, que muita clínica não quer atender**, a gente sabe a dificuldade (GUBS 5)

[...]não é uma culpa da própria Secretaria Municipal de Saúde, muito menos do prefeito da cidade, na verdade nós **temos hoje uma situação complicada, a respeito dos profissionais médicos que eles não querem estar muito dentro do Sistema Único de Saúde, por conta da tabela do pagamento de consulta que é muito pouca e totalmente defasada**, então por mais que a prefeitura e a Secretaria queira contratar profissionais as vezes não acha, então as vezes eles tem um ou dois profissionais para atender toda demanda da cidade, então como a gente tem muitos postos de saúde, se a gente tem X vagas, tem que ser distribuída um pouquinho para cada posto (GUBS 6)

As falas desses gerentes atribuem o impasse do acesso aos serviços de saúde ao desligamentos de prestadores de serviços privados e à dificuldade de contratação de profissionais médicos para realizar os atendimentos. Impasses que estão relacionados ao comprometimento da dimensão econômico-social, pois se refere a problemas de investimentos nos níveis de atenção à saúde e da dimensão política, uma vez que mostra o descompasso na integração municipal, estadual e federal e problemas na relação público-privada no SUS.

No entanto, mesmo que a Lei nº 8080/90 garanta a participação da iniciativa privada de forma complementar na prestação de serviços ao sistema público por meio de contratos, é nítido que esse arranjo é falho, e não tem contribuído para a melhora da assistência à saúde da população, tendo em vista que essa relação público-privada no SUS tem gerado situações

conflituosas nas negociações entre os gestores estaduais e municipais e os fornecedores privados de serviços específicos (ROMANO; SCATENA, 2014).

A natureza desses conflitos, de acordo como Campos (2008), advém dos altos preços cobrados pelos prestadores privados, além da seleção de casos e procedimentos mais custosos em detrimentos daqueles de menor lucratividade. Em decorrência dessa relação, a capacidade dos gestores estaduais e municipais na intervenção das prioridades de atendimento, e no fluxo de pessoas a serem atendidas é reduzida e, conseqüentemente, afeta a capacidade dos serviços da RAS de garantir a resolubilidade da assistência.

Quanto a contratação de profissionais médicos, Santos e Rodrigues (2014) citam a alta rotatividade de trabalhadores nos serviços de saúde do SUS e confirmam a percepção dos gerentes de que a escassez desses profissionais aumenta o poder de barganha dos mesmos nas negociações com os municípios em torno dos preços dos seus serviços.

Diante de tal realidade, os gerentes também revelam como a população tem agido para tentar resolver suas demandas de saúde, além de revelar o seu sentimento de tristeza e frustração como gerentes de Unidade, perante às condições que os usuários estão submetidos.

[...] dia 28 aqui **eu chorei**, porque **eu acho desumano a pessoa ter que dormir pra poder conseguir uma consulta** (GUBS 3)

[...] pacientes tem uns que vem mais cedo, **tem uns que alegam que dorme na porta**, ai **a dificuldade é essa de não poder ajudar todo mundo** como a gente gostaria mas o que está dentro da Unidade a gente tenta ajudar ao máximo, a cota infelizmente é uma coisa que não depende só da gente, tem outras coisa maiores por traz (GUBS 5)

[...] **eu não tenho condições de ofertar a quantidade de 'X' vagas para aquela quantidade de pessoas que está ali na fila** então isso eu creio que hoje é um dificuldade pra mim, pra trabalhar.[...] **Ai vem as revoltas, brigas na fila, vem o dormir na porta e gente sabe que cada um tem a sua necessidade ne** [...] essa demanda acaba sendo prejudicada né **porque as pessoas que geralmente não conseguem, não chegam muito cedo pra fila, acabam por perder a vaga e ai a minha dificuldade, a minha tristeza na verdade** que é a respeito do trabalho é mais a respeito disso, é você ver que não tem condições de resolver entendeu (GUBS 6)

Por conseguinte, outra consequência da demanda reprimida é referida por um gerente que os usuários utilizam suas economias financeiras para poder resolverem suas demandas de saúde.

**Existem demandas reprimidas** na nossa Unidade? Existe. **Cota mesmo que é uma coisa que consome muito a gente** [...] Então **se elas não tem como ela aguardar**, o momento dela ser atendida, ai **ela das suas economias, ela consegue de outras formas** (GUSF 1)

Um aspecto observado foi a presença de filas e o fato dos usuários dormirem no âmbito das US, além de terem que custear os gastos com serviços não adquiridos no sistema público de saúde, o que reforçam a falta de acesso e indicam, o comprometimento da dimensão organizacional no que se refere ao ordenamento do fluxo e encaminhamento dos usuários na rede de assistência local, além de problemas na dimensão econômico-social, pela presença de uma barreira econômica.

Essa condição degradante a qual aos usuários estão submetidos já havia sido encontrada por Almeida et al (2014), no estudo em dois cenários no Nordeste brasileiro nos quais os usuários enfrentavam as filas nas madrugadas nas US e muitas vezes, não era garantido atendimento e portanto, muitos usuários recorriam aos serviços privados para tentar suprir as suas necessidades de saúde.

Diante de tais dificuldades os gerentes, ao buscarem soluções para tais situações relataram a realização de ligações ou o contato direto com os profissionais da CRM em busca de resposta à demanda do usuário. Além disso, os mesmos também relataram a elaboração de relatórios pelo médico da Unidade de Saúde a fim de que os casos mais urgentes fossem brevemente atendidos.

Outra ação realizada por gerentes é o uso de livro de espera ou livro de cotas.

Então **quando eu vejo mesmo que o paciente precisa**, tem uma prioridade mesmo, **eu nem boto, porque a gente tem um livro de cota**, é por **lista de espera**, ai eles botam o nome, que **quando eu comecei a trabalhar também era de madrugada**, várias, acho que **o município de Feira já é todo mundo livro**, que todo mundo já canalizou, mas alguns municípios o paciente fica na frente (GUSF 8)

O livro de cotas, é um documento que registra a demanda dos usuários das US por atendimentos especializados. Na recepção os usuários entregam as guias de marcação e entram na lista de espera, aguardando (mensalmente) o envio pela Secretaria de Saúde, do Mapa de procedimentos agendados pela CRM. Mas, a depender da quantidade de vagas disponibilizadas mensalmente pelo setor para cada US, a espera pode durar meses e por esse motivo, uma das falas diverge por acreditar que esta seria uma forma de “mascarar a realidade” para o usuário

[..], então **o que vai adiantar um livro de espera, eu acho que se eu criar isso eu vou enganar eles**, fia. Não adianta não, **é só um joguinho de empurra**, entendeu? E eu não gosto, **eu prefiro trabalhar com a verdade**. Porque dói, dói naquela hora e ai ele vai ver, ou ele vai ver se resolver de outro jeito ou ele vai aguardar. Eu prefiro assim, do que eu ficar enrolando: - Eu vou marcar pro senhor, tá no livro,

para mês. E o pior assim, eu posso fazer isso e eles me cobram muito, entendeu? E eu acho que eu vou ser cobrada mais e eu não vou ter a posição de organizar, porque não depende de mim, depende da Central de Regulação, aí eu prefiro nem criar. (GUBS 3)

O agir gerentes de US da APS, aparentemente é vista a preocupação com o problema da demanda reprimida. No entanto, a resolução de casos de usuários mais graves, assim como a criação de um livro de espera, visto como benéfico para uns e sem propósito para outros, representam na realidade um “pseudo-solução” para a demanda reprimida, pois mais do que soluções momentâneas é preciso efetivamente buscar ações que quebrem as barreiras de acesso e acessibilidade do sistema de saúde.

Segundo Cecílio et al (2012) as estratégias que já tem sido experimentadas nos municípios, como o acesso direto das equipes locais para marcação de consulta, a criação de mecanismos formais e regulares de comunicação entre médicos das US da Atenção Primária à Saúde (APS) e as centrais reguladoras, além da qualificação dos processos microregulatórios nas unidades, observamos aí algumas medidas possíveis de serem implementadas na realidade local afim de melhorar o acesso ao serviços de saúde da RAS.

É nesta perspectiva, que também concordamos como Assis e Abreu-de-Jesus (2014) que o acesso deve ser considerado um dispositivo transformador da realidade, uma vez que só com a efetivação do mesmo será possível construir uma RAS que garanta o acesso universal, equitativo e integral.

O terceiro atributo essencial da APS a ser fortalecido no PTG que é a integralidade. A integralidade reflete a capacidade dos serviços de saúde de responder as necessidades ampliadas de saúde da população (BONFADA et al.,2012). Contudo, entendemos que a saúde dos usuários não está restrita a ausência de doenças, pois engloba todos os condicionantes e os determinantes das condições em que vivem os usuários.

Quando os gerentes relataram sua atuação para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde dos usuários e da comunidade citaram o desenvolvimento de ações intersetoriais.

[...] a gente tem **parceria com CRAS e o CREAS**, e o **colégio daqui do bairro**, que a gente **interage aqui nos assuntos de saúde, palestras**, essas coisas que necessita nesses locais (GUBS 5)

[...] consigo desenvolver algumas ações contatando com outros setores, assim a gente **tem muito apoio do CRAS, NASF, CAPS, outras instituições** (GUSF 2)

[...] a gente também tem parceria, com um exemplo **CRAS, CREAS, esses setores que não são vinculados diretamente a Secretaria de Saúde**, mas tudo **faz parte da Rede** (GUSF 4)

[...] a gente faz **parceria também com o CRAS**[...] porque eles também tem um grupo de idosos lá, **a gente se desloca pra lá pra tá fazendo palestra, fazer alguma educação em saúde, aí a gente faz alguns atendimentos também**, no caso de vacinas a gente tem levado as vacinas pra lá (GUSF 9)

O sentido de integralidade presente nas falas dos gerentes implica no entendimento de que o processo saúde-doença é multivariado e conseqüentemente, para dar suporte às necessidades dos usuários e famílias, requer a interlocução de diversos setores na sociedade. Os gerentes citaram Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), as escolas e outros setores com as quais tem parcerias que nos leva a refletir sobre as interferências do processo saúde -doença além das questões biológicas.

Entretanto, podemos perceber que essa visão sobre integralidade nos remete ao conceito de atenção integral de Matos (2001) que serve de resposta para as demandas de saúde de certo grupo específico, usuários e famílias em situação de vulnerabilidade. Todavia, mesmo reconhecendo a importância e o impacto trazido por essas ações não podemos deixar de destacar que é preciso resistir ao reducionismo proposto pela formulação de certas políticas.

Concordamos com Oliveira e Pereira (2013, p.161) que é preciso que usuários, trabalhadores da saúde dentre eles os gerentes de US e o Estado, formulem “políticas sociais e econômicas que extrapolem o enfoque de risco e atuem na diminuição das desigualdades sociais e melhoria das condições de vida”, que seja extensiva a toda a população e não exclusivamente a segmentos da sociedade. Pois somente aí, as demandas e necessidades de saúde serão entendidas em um sentido mais amplo, e mais próximo da realidade da população para que possamos construir uma consciência crítica acerca do modo como a atenção integral poderá ser inserida no dia a dia dos serviços e na formulação de políticas.

A fala a seguir traduz uma percepção diferenciada sobre a integralidade da assistência, revelando mudanças nas práticas de saúde, no sentido de desmistificar a visão limitada de assistência integral à saúde.

[...] **eles tinham o costume lá quando eu não trabalhava aqui, que era só vim pegar a receita e eu desmistifiquei isso, a receita vale para três meses**, tem Unidade que ainda é três meses, mas cada um trabalha de um a forma, que é uma demanda maior que a minha que não tem como fazer todo mês, como eu faço, porque minha demanda também é menor, então as Unidades que são grandes não

tem como todo mês está com aquele paciente, então **eu peguei e desmistifiquei isso, e disse: - Não, preciso botar vocês pra vir todo mês, então porque eu preciso de vocês comigo.** Então aí **no primeiro ano eles não gostaram, mas eu disse: – Mas vocês vão gostar, sabe porque? Eu vou conversar com vocês, e a gente não vai ser uma consulta só para entregar receita,** porque senão eu não estava aqui, alguém pegava a receita e entregava a vocês e vocês iam embora, não preciso ter contato com vocês. **E aí então a gente passou a tendo esse contato** (GUSF 8)

Tal fragmento de fala corrobora com a visão crítica de Mattos (2001) sobre a necessidade de superar a realização de ações fragmentadas, medicalizadas e centradas em questões biológicas. As práticas em saúde dão ênfase à assistência individual, curativista e biologicista, que distancia e impossibilitam visualizar o sujeito em sua inserção no espaço coletivo. Como consequência, observamos na realidade brasileira à atenção à saúde limitada aos processo da queixa-conduta, que em pouco poderá contribuir para a transformação da realidade de saúde/doença individual e coletiva (BONFADA et al.,2012).

Por sua vez, Tesser (2010) reforça essa visão ao defender a necessidade de instaurar mudanças nas práticas assistenciais, principalmente no que se refere ao processo de medicalização, pois este fundamenta a separação do corpo-mente, considera o corpo como uma máquina; ver o paciente como objeto; favorece o distanciamento da relação médico-paciente e da organização hierárquica e padronizada do cuidado, além de valorizar a cultura médico hegemônica; domínio das Ciências e das tecnologias (leve-duras e duras); estimula as intervenções rápidas para resultados a curto prazo; busca o lucro e a desconsideração de ações alternativas nas ações de saúde.

Outrossim, a forma como estão estruturados os programas Ministeriais e a ação dos trabalhadores de saúde, retoma a lógica da formação profissional, pois ainda não se instituiu a formação de recursos humanos preparados, conscientes e coerentes para atuarem no SUS. Além disso, o fato da gerente ser também a enfermeira da Unidade e consequentemente estar em contato direto com os usuários facilitou a percepção desse problema e também favoreceu a mudança.

Nesse sentido, concordamos com Tesser (2010) que a base para mudança do paradigma deve ser iniciada pela formação profissional, se estendendo ao processo de empoderamento dos usuários, sensibilizando-os sobre a sua capacidade de intervir e lutar pelo desenvolvimento pleno do sistema de saúde. Além disso, os profissionais de saúde também precisam dar o passo inicial na construção de uma relação de confiança com o usuário, por meio da realização da escuta atenta às queixas, e consideração das particularidades dos mesmos, além das necessidades biológicas.

A relação com a comunidade nos aproxima do último atributo essencial da APS a ser fortalecido que é a longitudinalidade e os atributos derivados (competência cultural, focalização na família e orientação comunitária). Esta pode ser entendida como o acompanhamento dos usuários, famílias e comunidades ao longo do tempo independente da presença ou ausência de doenças, e mediante o estabelecimento de uma relação pessoal duradoura entre os profissionais e usuários (STARFIELD, 2002).

Em um sentido mais amplo, Cunha e Giovanella (2011) complementam que a longitudinalidade pode ser entendida em três dimensões. A dimensão fonte regular de cuidados, na qual a população reconhece a unidade de saúde como ponto de referência para o atendimento; a dimensão relação interpessoal, a qual requer vínculo duradouro e pressupõe uma boa relação interpessoal entre profissionais e usuários por meio da confiança, responsabilidade e respeito a subjetividade; e a dimensão continuidade informacional, que considera a qualidade dos registros de saúde e acúmulo de conhecimento sobre os usuários.

Sobre a longitudinalidade, os gerentes revelaram aspectos sobre a relação entre equipe e usuários, ressaltando a parceria no trabalho com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na ligação entre a comunidade e a Unidade de Saúde.

[...] temos a **parceria dos Agentes Comunitários de Saúde** né, os agentes comunitários de saúde **é o elo de comunicação com a comunidade**[...] eles conhecem muito a comunidade então **isso facilita o trabalho** (GUBS 6)

[...] porque nós **temos agentes comunitários** que **vai buscar detectar, detectou, vai encaminhar pros postos de saúde**, pra Unidade de Saúde pra começar um tratamento (GUSF 6)

Os ACS, responsáveis por orientar a população sobre as ações e serviços de saúde disponíveis nas US, realizar atividades de atenção as demandas dos usuários, além de acompanhar por meio de visitas domiciliares as famílias cadastradas na área adscrita a US, tem facilitado o trabalho das equipes de saúde e também dos gerentes na medida em que ajudam a estabelecer o vínculo entre os usuários, famílias e comunidades com as US.

Apesar da importância do trabalho desses trabalhadores no contexto da APS, a atual PNAB (BRASIL, 2017a) se constitui, de acordo com Peres (2017), uma ameaça ao seu trabalho, uma vez que permite a flexibilização da quantidade de profissionais nas US, além de não considerar a presença dos ACS na nova modalidade de equipe de Atenção Básica (EqAB) formada apenas por médico, enfermeiro e técnico em enfermagem.



Dessa maneira, entendemos que o vínculo e a boa relação interpessoal, proposta por Cunha e Giovanella (2011), na dimensão relação interpessoal da longitudinalidade pode ser comprometida, em virtude das incongruências e retrocessos apresentadas pela política de APS brasileira.

Por conseguinte, os gerentes ainda revelaram o próprio relacionamento e vínculo que possuem com a comunidade e como ele é importante para o desenvolvimento do trabalho nas US. Vejamos

[...] nós **temos a comunidade bem próxima** [...] e **com isso nós temos conseguido, fazer um bom trabalho** (GUSF 1)

[...] tem pessoas que muitas vezes nem precisam de atendimento, de consulta, não precisam de remédio, as vezes sentam aqui simplesmente e só querem conversar (GUSF 5)

Eu acho uma **facilidade muito boa** [...] **o contato que eu tenho com os pacientes**, [...] parece que eles já fazem parte de mim 'né', **eu encontro na rua, parece que é de longas datas assim**[...] (GUSF 8)

[...]a gente montou grupos porque isso causa o fortalecimento do vínculo, tem um grupo aqui que ele já está bem forte, ele é compartilhado com o NASF [...]fortalece bem o vínculo e tem muitos que não frequentavam a Unidade agora está frequentando que eles tem visualizado melhor a Unidade de Saúde [...] (GUSF 9)

As falas destacam o chamado vínculo/relação interpessoal. Nesse sentido, ao ter comunidade próxima, quando os usuários buscam a Unidade só para conversar ou ainda quando usuários que não frequentavam a Unidade passam a buscar o serviço e ter uma visão positiva sobre o mesmo, indica o fortalecimento da longitudinalidade nas Unidades de Saúde da APS.

Ademais, Starfield (2002) ratifica tal visão ao afirmar que o vínculo interpessoal promove o alcance de entendimento entre profissionais e usuários, assim como favorece a tranquilidade e confiança para que os usuários falem sobre suas preocupações na medida em que percebem que os profissionais estão interessados não apenas nos seus problemas de saúde, mas também entendem quais problemas são realmente importantes para esses usuários.

Embora as falas dos gerentes tenham revelado aspectos favoráveis sobre a relação com a comunidade, há divergências entre os gerentes ao relatarem a existência de conflitos e dificuldades para lidar com alguns usuários.

Essa situação nos leva a pensar a respeito dos atributos derivados da APS - competência cultural – ao revelar a limitação no trabalho de gerentes para com os usuários

Um limite[...] é a falta de compreensão de alguns usuários né, muitas vezes chega na unidade ‘armados’ com seus preconceitos e muitas vezes até nos impede de realizar algo de uma maneira melhor (GUSF 6)

A **dificuldade** é porque  **você como gerente escuta muita coisa**, as vezes  **você não pode resolver o problema imediato e o paciente quer que você resolva de imediato** [...] ruim só é a parte que você acaba tendo contato direto com esse paciente, **nem todo tem uma percepção que não está naquele momento nas suas mãos para resolver e você depende de outro órgão**, outra pessoa, ou qualquer outra coisa pra poder resolver aquele problema, essa é a parte complicada (GUSF 7)

Os gerentes revelaram que a dificuldade de relacionamento com os usuários, surge principalmente em virtude das demandas maiores que a oferta de vagas e/ou serviços, interferindo nas necessidades de saúde não satisfeitas, e o usuário não compreende tal situação. A competência cultural como atributo derivado da APS que considera a forma como os indivíduos compreende o processo saúde-doença, deixa claro a necessidade de desenvolver a escuta ativa, com uso de uma linguagem acessível e respeito ao entendimento dos usuários.

Portanto, quando os gerentes referem que não somente os usuários são responsáveis pela dificuldade de relacionamento, mas também os trabalhadores da equipe que entram em conflito com os mesmos, por não possuírem ou ainda não terem conseguido desenvolver competências profissionais para atuar no contato direto com os usuários. Entretanto, entendemos que o reconhecimento do atributo competência cultural por parte desses trabalhadores da saúde é fundamental para o atendimento das demandas dos usuários/famílias/comunidade para o fortalecimento do trabalho do gerente.

**As meninas daqui [...], o perfil delas não são ... de recepção**, não acho que são, **apesar de ser bem treinadas** entendeu, são **nota mil em treinamento**, agora eu acho que elas **não são em termos de atendimento**, as vezes **elas se irritam, fechadas, não dá um bom dia, não dá um sorriso** (GUBS 3)

**Não tratam o paciente bem** [...] eu **já peguei um profissional em discussão**. Eu chamei: ‘- Porque você não me chamou, não se discute com paciente, paciente a gente dá razão depois a gente chama e a gente conversa’ (GUSF 6)

Uma realidade que foi visível durante as observações ao presenciar conflitos entre usuários e trabalhadores da Unidade, principalmente quando os usuários insatisfeitos com a demora do atendimento ou por não conseguirem resolver uma demanda, acabam reagindo de maneira agressiva.

Porém, entendemos que não só os gerentes precisam desenvolver e utilizar das competências gerenciais (conhecimentos, habilidades e atitudes) para interagir com os usuários e equipes, ser tolerante, flexível, capaz de entender as diferenças culturais, abrir

possibilidades para que os usuários e equipe se expressem e enfrentar os desafios diários, como também os profissionais e trabalhadores da saúde inseridos neste lócus necessitam entender a natureza do seu trabalho, fazer uso das competências profissionais e assim, lidar com as demandas que surgem.

As competências profissionais as quais nos referimos são as competências comportamentais, orientadas ao trabalhador e que se revelam pelos conhecimentos, habilidades e características pessoais que refletem um desempenho efetivo; somada às competências funcionais, orientadas para o trabalho e que se manifestam nas execução de atividades que são fundamentais para a realização específica do trabalho e por fim as competências multidimensionais, destinada ao contexto em que os trabalhadores estão inseridos e que se mostram através da combinação complexa de atributos (comportamentais e funcionais) necessários para o desempenho inteligente em situações específicas (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012).

A humanização do cuidado e o acolhimento dos usuários nas Unidades, são considerados relevantes pelos gerentes pois poderão servir de base para o fortalecimento da longitudinalidade e melhorar nas condições de trabalho.

[...] nós como gerentes, a gente não fica esperando somente a recepção fazer o acolhimento do paciente, a gente também toma a frente disso, responsabilidade nossa também, a gente acolhe esse pessoal (GUBS 1)

[...] **estou aqui para tentar da melhor forma como gerente acolher o paciente junto com minha equipe** dos serviços que oferecemos e tentar junto com a equipe ajudar aquele paciente (GUBS 2)

**Tem o acolhimento, o usuário chega ele é acolhido. [...] ele é acolhido na parte da recepção ou por qualquer profissional que estiver aqui**, se as vezes a recepção está cheia, tem um nutricionista, um fisioterapeuta, ou enfermeiros estão aqui **acolho esse paciente e vejo qual a necessidade dele**, se ele veio para consulta, se ele veio pra fazer alguma tipo de atendimento fora uma consulta, uma aferição de P.A, pegar uma medicação, então tem tudo isso, mas **de antemão a gente procura saber a necessidade dele**. (GUSF 7)

[...] porque **toda a equipe tá envolvido** no atendimento de fato né **faz esse acolhimento** (GUSF 9)

De acordo com as falas desses gerentes o acolhimento é realizado por qualquer profissional da equipe, inclusive o próprio gerente, pois o objetivo é identificar as necessidades dos usuários que buscam a Unidade. Assim, a ação de acolher pressupõe o comprometimento desses profissionais para que, por meio de tecnologias leves (escuta,

relação interpessoal, vínculo), seja possível desenvolver as práticas de atenção à saúde resolutivas.

Concordamos com Oliveira e Pereira (2013) ao afirmarem que o acolhimento pode ser utilizado como instrumento de transformação do processo de trabalho e do relacionamento entre trabalhadores de saúde e usuários. E nesse sentido, entendemos que os gerentes das US precisam utilizar esta ferramenta para se aproximar da comunidade e assim manter uma boa relação interpessoal com os usuários. Além disso, o gerentes também deve estimular, entre os profissionais de saúde, a realização de tal ação, para que ocorram a continuidade e a efetividade do cuidado.

A respeito dos atributos derivados - focalização na família e orientação comunitária - observamos que o agir dos gerentes de US da APS para o seu fortalecimento é limitado. Porém, apenas um gerente de USF e um de USB, mencionaram a focalização na família.

[...] a gente **faz os grupos de família**, que **convida além das gestantes a família** para estar participando também [...] (GUSF 9)

[...] eu admiro demais o trabalho de um ACS, você não tem noção da importância de uma **agente comunitário de saúde**, na verdade ele nada mais é do que um **representante daquela família daquele bairro**, é **ele que vai nos informar o que é que está se passando naquela família** [...] enfim ele que **nos dará a informação necessária para que a gente como gerente a gente absorva aquilo e consiga transformar aquilo ali em atendimento na Unidade de Saúde** da maneira melhor possível, de uma maneira que o paciente ganhe (GUBS 1)

Na UBS, por possuir uma lógica de funcionamento diferente em termos de quantidade de usuários adscritos e especialidades, a centralidade no usuário e o conseqüente distanciamento do trabalho com a família pode ser ainda maior do que nas USF. O que nos faz refletir sobre a fragilidade existente no conceito de ESF, tendo em vista, que ela é considerada o modelo de destaque na política de APS brasileira. E como a inserção e o fortalecimento da Estratégia de Agentes Comunitário de Saúde nas UBS, se mostra importante e pertinente para favorecer o elo entre *unidade de saúde-família-PTG*.

A importância de trabalhar com a família é reforçada pela percepção de Vanderlei e Almeida (2007), uma vez que a mudança trazida pela EqSF é o foco de atenção, que deixa de ser exclusivamente no indivíduo e na doença, e passa para o coletivo, sendo a família, o núcleo privilegiado de atuação.

Portanto, para os gerentes é preciso estender e aproximar às famílias das US para que seja possível intervir nas necessidades dos usuários, tomando como base as particularidades

do seu núcleo familiar, uma vez que este pode contribuir ou não para a superar os determinantes e condicionantes que influenciam no processo saúde-doença.

Sobre a orientação comunitária, apenas um gerente se referiu ao território de inserção da US.

[...] a missão nossa [...] é prestar um bom serviço, um bom **atendimento ao cliente do bairro e adjacências**. (GUBS 1)

O território, como um lócus que possui demandas e conseqüentemente, precisam de uma intervenção para resolução das mesmas revela a importância da lógica organizativa pautada na definição do território e de uma população adscrita.

Outrossim, Santos e Rigotto (2011), essa territorialização e a adscrição da clientela poderão facilitar os processos de trabalho e as práticas de saúde. Mas sim, a dimensão gerencial dos serviços de saúde perde a oportunidade de utilizar a lógica territorial e a adscrição da população para identificar as questões de saúde e, conseqüentemente, criar iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana dos usuários (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Logo, diante de todas as nuances relacionadas aos atributos da APS ratificamos que a ideia dos serviços de APS como de baixa densidade tecnológica nesse nível de atenção, como serviços de baixo impacto se torna incompatível com as dificuldades e desafios a serem enfrentados e as potencialidades passíveis de serem desenvolvidas neste âmbito. Nesse sentido, reiteramos a percepção de Cecílio et al (2012) que as US da APS tornaram-se um posto avançado do SUS, um âmbito em que as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam, e por isso deve ser valorizada, pois sem ela a vida dos brasileiros seria mais difícil.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, ao analisarmos o processo de trabalho de gerentes de US da APS, visualizamos que o trabalho gerencial é constituído por diversos arranjos e assume diferentes sentidos, ao ser influenciado por questões políticas, econômicas, sociais e culturais presentes nos mais diferentes lócus de atuação dos gerentes e na estrutura administrativa do sistema de saúde municipal.

O PTG tem uma interconexão entre o objeto, a finalidade, os instrumentos, o agente do trabalho, com as conjunturas política, organizacional, técnica e relacional do trabalho em saúde, e os atributos da APS, conferindo dinamicidade, continuidade e indissociabilidade entre tais elementos.

Assim, o processo de trabalho de gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde é composto por elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde constituindo-se em uma prática dinâmica e contínua, que envolve diferentes atores sociais, sofre influência dos contextos em que se encontra inserido, e é limite e potência para fortalecimento dos atributos da APS.

A dinâmica do PT de gerentes de US da APS acontece através de uma prática complexa que requer a integração do conhecimento científico, da habilidade /experiência e da criatividade, pois neste âmbito estão presentes relações interdependentes entre ambiente, pessoas e o próprio sujeito que o realiza.

Todavia, o PTG se manifesta como uma ação ambígua, uma vez que foi caracterizado como um trabalho ora difícil, pesado, burocrático e ora como um trabalho fácil, leve e flexível.

Nas US da APS, o PT de gerentes tem se destacado como uma atividade dinâmica que não pode e não precisa estar presa ao modelo tradicional de administração marcado pela hierarquia e relações de poder, mas deve ser visto como um trabalho com potencial transformador, que é fonte de aprendizagem diária e por isso, se modifica de acordo com as peculiaridades de cada campo de atuação, sob influência dos contextos que se apresentam ora como limites, ora como possibilidades para o fortalecimentos dos atributos da APS.

No município estudado, o processo de trabalho gerencial é uma atividade realizada por trabalhadores que podem ter formação na área de saúde ou não, com formação de nível médio e superior os quais assumem a centralidade do processo trabalho e, como protagonista, lhe são atribuídas várias responsabilidades e tarefas para atender as necessidades das EqUS, da

população adscrita, além da organização da própria US. Essas atividades ora são compartilhada com os demais profissionais e trabalhadores da saúde e ora são realizadas de maneira isolada.

No entanto, esse mesmo gerente assume um papel de coadjuvante quando diante da hierarquia do sistema de saúde local, torna-se um executor de tarefas pré-estabelecidas, comprometendo sua autonomia e o seu agir criativo. Assim, percebemos neste contexto, que o processo de trabalho precisa ser revitalizado, e propomos que se faça valer o trabalho vivo em ato sobre o trabalho morto, uma vez que, é nítido o predomínio de tecnologias leve-duras e duras, sobre as tecnologias leves.

No que se refere aos contextos do PTG, no contexto político destacamos a necessidade de se estabelecer uma relação horizontal entre os gerentes de Unidades de Saúde da APS e os gestores municipais, pois a centralização do poder, a hierarquia e o afastamento dos gerentes no processo de tomada de decisão, repercute na sua falta de autonomia. Para tanto, sugerimos o estreitamento dos laços entre apoiadores institucionais e gerentes de Unidades de Saúde, assim como renovação do modelo tradicional de administração, permitindo a atuação dos profissionais que atuam diretamente com a população e a participação dos usuários, além das denúncias de demandas individuais, mas sim em função de demandas coletivas.

Quanto a forma de estimular a participação popular os gerentes de Unidades de Saúde da APS, precisam repensar a ideia de “educar” os usuários e agir em busca da “construção” do conhecimento juntamente com a comunidade, uma vez que já sinalizamos iniciativas que mostraram a capacidade dos gerentes, profissionais de saúde e usuários trabalharem em conjunto.

Em relação ao contexto técnico, a problemática da formação de pessoal para o SUS se faz presente e por esse motivo, investir na qualificação dos indivíduos que atuam como gerentes, principalmente daqueles que não possuem ou tem uma formação em saúde fragilizada, é necessária. Uma sugestão seria a institucionalização das ações de educação permanente no sistema de saúde local.

Ainda sobre esse contexto, não podemos deixar de notar que a atuação da enfermeira, como gerente de USF nos cenários deste estudo tem uma importante influencia diretamente a vida dos usuários, famílias e comunidade, em função da proximidade com as dimensões assistência e gerência. Porém o seu trabalho precisa ser reconhecido e valorizado inclusive por eles, assim como pelo Estado, um vez que o seu processo de trabalho nas USF tem mostrado potencial para operar mudanças e fazer valer as políticas de saúde.

No contexto organizacional, o processo de ‘encaixe’ de usuários para atendimento na US, representa uma micropolítica do processo de trabalho gerencial, pois é necessário a interação entre gerentes e profissionais de saúde dentro da Unidade para favorecer a resolução da demanda dos usuários. No entanto, salientamos que essa ação representa certo risco, pois pode mascarar a demanda reprimida e interferir na construção de estratégias que ajudem a aumentar a resolubilidade da atenção nas US da APS.

A relação micropolítica também influi diretamente no contexto relacional, no qual as tecnologias leves foram utilizadas para fortalecer os laços já existentes, assim como para intervir nas dificuldades de relacionamento interpessoal, porém acreditamos que ela precisa ser melhor trabalhada por meio de ações de educação permanente e alternativas trazidas pela trabalho com a psicologia organizacional, principalmente, nos espaços em que o trabalho em grupo mostrou-se mais forte do que o trabalho em equipe.

Por conseguinte, os desdobramentos oriundos do agir no cotidiano do trabalho dos gerentes de US da APS frente aos elementos constituintes do PTG e os contextos apresentados, colaboraram para o entendimento de como o processo de trabalho gerencial pode contribuir e/ou tentar superar diariamente os percalços para o fortalecimento dos atributos da APS e a consolidação da mesma, como primeiro ponto de acesso dos usuários e consequentemente como ordenadora da RAS.

Por isso, afirmamos que o trabalho do gerente mostrou potencial para contribuir com o fortalecimento dos atributos essenciais da APS, mas precisa trabalhar com os limites enraizados no sistema de saúde local e no âmbito das US.

Assim, no que se refere a atenção de primeiro contato os gerentes reconhecem como as Unidades de Saúde como ponto de acesso dos usuários e percebem que os mesmos ainda procuram as Unidades por tê-las como referência, para os demais serviços da rede de assistência à saúde. Entretanto, a organização do serviço pautado nos programas ministeriais, além da divergência entre o uso da abordagem multidisciplinar, planejamento das ações, trabalho em equipe e participação no processo decisório limita a ação dos gerentes.

Quanto a coordenação da atenção percebemos que é um dos atributos mais complexo, pois depende da dinâmica interna da Unidade quanto a orientação e encaminhamento dos usuários, mas também precisa da articulação com setores externos do sistema de saúde, os quais representam uma trava no acesso do usuário a serviços de média e alta complexidade, gerando a demanda reprimida e o descrédito da população quanto ao empenho dos gerentes na resolução das suas demandas. Por isso, a atuação responsável no encaminhamento dos usuários, o uso da classificação de risco, e a ação micropolítica de buscar contato direto com a



CRM revelam a potência do trabalho gerencial, já as falhas de comunicação, continuidade das filas físicas na US de saúde, uso de soluções momentâneas como as 'filas abstratas' nos registros de livro de espera revelam os limites do trabalho de gerentes.

A integralidade como atributo essencial a ser fortalecido pelo trabalho dos gerentes, ainda se mostra limitada pela predominância da visão assistencialista na práticas de saúde e pelo contato com setores que atuam com a populações específicas e vulneráveis, como CRAS, CREAS e escolas. Todavia, entendendo a integralidade como caminho para fazer valer o conceito ampliado de saúde e assim melhorar as condições de vida da população, sinalizamos que não pode e não deve ser restrita às ações pontuais, e às atendimento das necessidades de saúde baseada na queixa-conduta dos usuários. Assim, pensamos que é preciso favorecer e proporcionar ações que sejam extensas a toda população, como a instituição e a intensificação de parceria com entidades como centros religiosos, associação de moradores, grupos existentes em cada comunidade e outros, além de sensibilização dos profissionais de saúde sobre a mudança nas práticas de saúde curativista e medicalizada.

Além disso, destacamos o papel da enfermeira e também gerentes de USF, mostrou-se como um diferencial em relação às práticas desenvolvidas nas UBS, pois essa profissional sendo gerente da US e também atuante nas práticas de cuidado dos usuários/comunidade está mais próxima da realidade dos usuários que não são exclusivamente voltadas a medicalização e ações curativas. Essa percepção também reforça a indissociabilidade entre assistência e gerência e demonstra como o trabalho da enfermeira como gerente de USF pode proporcionar mudanças nas práticas de saúde.

Em seguida, a atuação do gerente para fortalecer a longitudinalidade demonstrou a necessidade de reforçar o trabalho em equipe, já que ACS e outros profissionais de saúde contribuem para a construção e fortalecimento do vínculo dos usuários com as Unidades de Saúde. Outrossim, o uso de tecnologias leves em meio às necessidades de interação dos gerentes como os usuários, principalmente o acolhimento é fundamental para verificação e possível resolução de demandas de saúde e para apaziguar situações conflituosas advindas dos impasses sobre o acesso ao sistema da saúde.

Por fim, o trabalho dos gerentes para o fortalecimento dos atributos derivados da APS demonstrou a necessidade de investir na inclusão e destaque para ações voltadas a família, utilização das informações potenciais e específicas advindas de cada território, assim como valorização da compreensão dos usuários sobre o processo saúde-doenças, tomando como base as questões culturais.

Logo, sendo o processo de trabalho gerencial um trabalho em saúde e como tal deve ser centrado no trabalho vivo em ato, destacamos que as tecnologias do trabalho em saúde devem ser utilizadas de maneira harmoniosa e em certos momentos, até mesmo deve-se permitir que as tecnologias leves sobreponha-se em relação as demais, pois as Unidades de Saúde da APS são espaços micropolíticos e os gerentes, assim como as equipes podem utilizá-las como estratégia para lidar com as contratualidades da organização do serviços de saúde, as limitações impostas pela estrutura hierárquica e burocrática, além de estimular a participação dos usuários no processo de tomada de decisão, favorecendo assim o desenvolvimento de uma prática gerencial baseada no diálogo e no compartilhamento de responsabilidade como propõe a modelo de cogestão e gestão comunicativa.

Por esse motivo, também propomos a realização de novos estudos que investigue os caminhos e as possibilidades de instituir na estrutura político administrativa do sistema de saúde local, os ideias dos modelos de cogestão e gestão participativa, principalmente, por causa das proposições da “Nova PNAB”, quanto a inserção de um gerente da Atenção Básica e os retrocessos quanto a possibilidade de inserção de uma nova modalidade de equipe da Atenção Básica, com restrição na figura do médico, enfermeira e técnica de enfermagem, fato este que podem gerar e aumentar os entraves presentes no sistema de saúde brasileiro, sobretudo na APS, por ser considerada de menor importância. No entanto, ainda saímos em defesa do modelo de saúde baseada na APS, pois são nítidas as mudanças que já ocorrem na vida da população brasileira, em virtude do sistema instituído.

## REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.S; BORGES-ANDRADE, J.E. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J.E; BASTOS, A.V.B (Org) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014, p. 244-284.
- ALMEIDA, M.V.G et al. Acesso na atenção à Saúde da Família em dois cenários do Nordeste do Brasil: fluxos organizativos e modelo. In: ASSIS, M.M.A; ALMEIDA, M.V.G.(Org.) **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde**: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.
- ANDRADE, L.O.M; BUENO,I.C.H.C; BEZERRA,R.C. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS,G.W.S et al.(Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Ed. Fiocruz, 2012. p 783-836.
- ANDRADE, L.S; COELHO, T.C.B. Contribuições da teoria macro-organizativa de Matus para a regionalização do SUS. In: COELHO, T.C.B. **Regionalização, articulação e regulação no SUS**: valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016,p.83-130
- ARANTES, L.J; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:01/04/2017.
- ARAÚJO, A.A; BRITO, A.M; NOVAIS, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários?. **Revista Bioética**, 2008, v.16, n. 1, p. 117 – 124. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/60/63](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63). Acesso em 26/02/2018.
- ARAÚJO, B.O; NASCIMENTO, M.A.A. **Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família em busca da resolubilidade da produção do cuidado**. Feira de Santana: UEFS Editora,2016.
- ARAÚJO, N.P; MIRANDA, T.O.S; GARCIA, CP.C. O estado da arte sobre a formação do enfermeiro para a gestão em saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Salvador,v.3, n. 2, p.165-180, dez.2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/365/344> . Acesso em : 19/03/2018
- ARAÚJO, R. R.; SACHUK, M. I. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação dos indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 53-66, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rege/v14n1/v14n1a5.pdf>>. Acesso em: 21/01/2018.
- ARTMANN, E; RIVERA, FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES SF (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

ASSIS, M. M.A. et al . Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.10, n.2, p.189-199,jul/dez,2007.

ASSIS, M. M.A. Redes de atenção à saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A. M; SOUZA, M.K. B (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015, p.45-64.

ASSIS, M.M.A; ABREU DE JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: ASSIS, M.M.A; ALMEIDA, M.V.G.(Org.) **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde**: abordagens teóricas e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 905-912, Mar. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300905&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300905&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:15/04/2017.

BAHIA. Secretaria de Educação do Estado da Bahia. Superintendência de Educação Profissional – SUPROF. Diretoria de Desenvolvimento da Educação Profissional – DIRDEP. **Ementário: Curso Técnico em Gerência em Saúde**. 2018. Disponível em : <http://www.educacao.ba.gov.br/midias/documentos/ementas-dos-cursos-educacao-profissional>. Acesso em: 10/03/2018.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Observatório Baiano de Regionalização. **Regiões de Saúde do Estado da Bahia**. 2017. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao\\_de\\_saude&COD\\_IBGE=291080&REGIAO\\_DE\\_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA](http://www5.saude.ba.gov.br/obr/index.php?menu=regiao_de_saude&COD_IBGE=291080&REGIAO_DE_SAUDE=FEIRA%20DE%20SANTANA). Acesso em: 22/03/2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70,1979.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional**. Rio de Janeiro: 3a.ed., Rosa dos Tempos, 2002.

BASTOS, A.V.B; JANISSEK, J. Cognição nas organizações de trabalho. In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J.E; BASTOS, A.V.B (Org) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014, p.203-243.

BATALHA, E.; LAVOR, A. Toda atenção que o SUS e a população merecem. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1,n183,p 22-25,dez.2017.

BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A. P. et al . Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá , v. 13, n. 27, p. 168-180, dic. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272014000200010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000200010&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 04 /09/2016.

BENDASSOLLI, P.F, MAGALHÃES, M.O; MALVEZZI, S. Liderança nas organizações. In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J.E; BASTOS, A.V.B (Org) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014, p. 413-449.

BONFADA, D. et al . A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 555-560, Feb. 2012 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em : 15/03/2018.

BONFIM, W.O. Gestão compartilhada. In: BONFIM, W.O. **Gestão compartilhada em saúde** - Salvador. 2ªed,2014.

BORGES, L.O. As concepções de trabalho: um estudo de análise de dois periódicos de circulação nacional. **RAC**, v.3,n.3, p.81-107, set/dez 1999. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rac/v3n3/v3n3a05.pdf>. Acesso em: 15/02/2018.

BORGES, L.O; YAMAMOTO, O.H. Mundo do Trabalho: Construção histórica e desafios contemporâneos. In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J.E; BASTOS, A.V.B (Org) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014, p. 25-74.

BRANCO, P. H. V. B. C. Burocracia e crise de legitimidade: a profecia de Max Weber. **Lua Nova**, São Paulo , n. 99, p. 47-77, Dec. 2016 . Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452016000300047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452016000300047&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/02/2018.

BRASIL, Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão . **Relatório Anual de Gestão**. Feira de Santana, 2016a. Disponível :  
<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=29&codTpRel=01>. Acesso em: 28/03/2017

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade\\_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=29&VMun=291080&VSubUni=&VComp=](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=29&VMun=291080&VSubUni=&VComp=). Ministério da Saúde, 2018a. Acesso em: 06/01/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em:  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em 04/08/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4, de 13 de julho de 2005**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Administração, bacharelado, e dá outras providências. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces004\\_05.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces004_05.pdf). Acesso em: 04/03/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 15, de 13 de março de 2002**. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Disponível em :  
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>. Acesso em: 04/03/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 7, de 29 de março de 2006b**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Ciências Econômicas, bacharelado, e dá outras providências. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2006/rces007\\_06.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2006/rces007_06.pdf). Acesso em 04/03/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:  
<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 29/03/2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2007a.

BRASIL. Departamento da Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**, Ministério da Saúde, 2018b. MS/SAS/DAB. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 06/01/2018.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: [http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-06\\_2012-LC-141.pdf](http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-06_2012-LC-141.pdf). Acesso em: 09/01/2018

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em :  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18662.htm). Acesso em 04/03/2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**, 3ª ed.,2016b. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category\\_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192). Acesso em : 01/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entenda melhor o Sistema e-SUS AB**. Brasília,2018c  
Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o\\_sistema](http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=o_sistema). Acesso em 27/02/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 mar. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde** : saúde da família /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica  
Brasília : Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção– Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de set. de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, p. 1-38, set. 2017a. Disponível em:  
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira. 2017b. Disponível em:  
<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 20 de maio 2018.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, p. 01-25, jan. 2010a. Disponível em:  
<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 16 /07/ 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação de Exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 25 jun 1986. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Lei7498.pdf>. Acesso em: 04/08/2018.

BRASIL.. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012 c. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em : 15/03/2017.

BRASIL.**Lei n.º 1.411, de 13 de agosto de 1951** .Dispõe sobre a profissão de Economista. Disponível em : [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/11411.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/11411.htm). Acesso em 04/03/2018.

BRASIL.**Lei n.º 4.769, de 9 de setembro de 1965**. Dispõe sobre o exercício da profissão de Administrador e dá outras providências. Disponível em :  
<http://www.cfa.org.br/institucional/legislacao/leis/1965/Lei4769.pdf>. Acesso em 04/03/2018.

BRONDANI JUNIOR, D.A; HECK, R. M; CEOLIN, T. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 41-50, jan. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/1841>>. Acesso em: 21/04/2017.

BULLOCK, A; TROMBLEY,S. New Fontana Dictionary of Modern Thought. Londres: Harper Collins, 2000. In: SOMEKH, Bridget; LEWIN, Cathy ( Orgs.) **Teoria e métodos de Pesquisa social**. Petrópolis RJ: Vozes, 2015. p.405-416.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 877-906, Sept. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de maio 2018.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G.W.S. Políticas sociais: o público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde Diplomatique**, v. 1, n. 8, p. 28-29, mar. 2008. Disponível em:<[www.diplomatique.uol.com.br/artigo](http://www.diplomatique.uol.com.br/artigo)>. Acesso em:12/03/2018.

CAMPOS, G.W.S. Uma utopia possível: o SUS Brasil. **Radis**. Rio de Janeiro, v.único, nº15, Out.2014.

CAMPOS, L; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 271-279, abr./jun 2007. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos\\_pdf/Participacao\\_em\\_sau\\_de\\_concepcoes\\_e\\_praticas\\_de\\_trabalhadores\\_de\\_uma\\_equipe\\_da\\_estrategia\\_de\\_saude\\_da\\_familia.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/Participacao_em_sau_de_concepcoes_e_praticas_de_trabalhadores_de_uma_equipe_da_estrategia_de_saude_da_familia.pdf). Acesso em 09/03/2018.

CARRENO, I et al . Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 947-956, Mar. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300947&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300947&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 27/02/2018.

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 , v. 48, n. 5, p. 907-914, Oct. 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500907&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em12/02/2017

CARVALHO, B. G; et al . In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, ISBN 978-85-85740-00-9, 2013, Belo Horizonte. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz**. [S.l.: s.n.], 2013. p. 1-22. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/026.pdf>>. Acesso em: 21/04/2017.

CECILIO, L. C. O. et al . A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p.



2893-2902, Nov. 2012 . Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/02/2017.

CECILIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gerência do poder no hospital. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21/03/2018.

CHORNY, A. H; KUSCHNIR, R; TAVEIRA. M. Planejamento e programação em saúde. FIOCRUZ. **Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008.

CIAMPONE, M.H.T; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. spe, p. 143-147, Dec. 2000 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06/03/2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer Normativo nº 002/2015**. Parecer técnico sobre dispensação de medicamento por profissional Enfermeiro, elaborado pela câmara técnica do Coren – MS.. Brasília: [s.n.], 2015. - p. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-0022015\\_36049.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-normativo-no-0022015_36049.html)>. Acesso em: 21 jan. 2018.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/03/2017.

CONILL, E.M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Intercambio III. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

COSTA, A.M; VIEIRA, N.A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 237-271.

COSTA, D.F.C; PAULON, S.M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 572-582, Dec. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04/03/2018.

COSTA, N. R.. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1389-1398, May 2016 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501389&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01/04/ 2017.

COUTINHO, M.C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 12, n. 2, p. 189-202, dez. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172009000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24/02/2018.

CRF-PR. **Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná**. Da assistência integral e responsabilidades técnicas. Disponível em: <http://crf-pr.org.br/noticia/visualizar/id/5330>. Acesso em 27/02/2018.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20/03/2018.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Método paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468>.. Acesso em: 07/03/2018.

CURY, C. R. J. Gestão democrática na educação: exigências e desafios. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, São Bernardo do Campo, v. 18, p. 163-174, 2002. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/rbpaee/article/view/25486/14810>. Acesso em : 25/08/2017

CUSTÓDIO, J.C.D et al. O trabalho, os papéis e as competências do gerente: reflexões à luz do modelo de gestão de Henry Mintzberg. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA. **Anais**, Rio de Janeiro, 2013. p. 01-16. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/49418659.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

DAVEL, E; MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2005.

DELEUZE, G, GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol. 3. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.

DESLANDES, S.F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M.C; DESLANDES, S.F. O ; GOMES, R. (Orgs.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 31- 60.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DURAND, T. Forms of incompetence. In: SANCHEZ; R; HEENE, A (Edt.) **Theory development for competence-based management**, V. 6. Stamford: JAI, 2000, p.02-24. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/265360782\\_Forms\\_of\\_Incompetence](https://www.researchgate.net/publication/265360782_Forms_of_Incompetence). Acesso em : 06/11/2017.

FARIA, J. H. (Org.). **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

FARIA, J.H; MENEGHETTI, F.K. Burocracia como organização, poder e controle. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 51, n. 5, p. 424-439, Oct. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902011000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902011000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/02/2018

FEIRA DE SANTANA. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Secretaria Municipal de Saúde. 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>. Acesso em: 05/03/2017.

FEIRA DE SANTANA. Prefeitura Municipal **Feira em história**. Feira de Santana, 2016. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/secretarias.asp?id=38#sec>. Acesso em: 14/05/2016.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12, 2005.

FERNANDES, M.C.P ; BACKES, V.M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jul-ago; jul-ago; v. 63, n.4, p. 567-573. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em 07/08/2018.

FERREIRINHA, I.M.N; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 44, n. 2, p. 367-383, Apr. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21/02/2018.

FERTONANI, H. P. et al. O modelo assistencial: conceitos e desafios para a atenção básica em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, junho de 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07/03/2018.

FEUERWERKER, L.C.M.(Org.) **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A.C.C . Alinhando estratégia e competências. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 44, n. 1, p. 44-57, Mar. 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902004000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902004000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Mar. 2018.

FLEURY, M.T.L; FLEURY, A.C.C. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. desprezar**. Curitiba, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=pt\\_BR&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552001000500010&lng=pt_BR&nrm=iso)>. Acesso em 22/02/2018.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. IN: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al.(Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed., revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p.25-57.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, M.R.C.C Planejamento: instrumentos de gerencia e assistência de enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, A.S; TRALDI, M.C. (Org.) **Administração de enfermagem em saúde coletiva**. Barueri. São Paulo: Manole, 2015,p.235-296

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23. ed. São Paulo: Graal, 2004

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4851-4860, Dec. 2014 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 /08/2016.

FRACOLLI, L. A; EGRY, E. Y. Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 9, n. 5, p. 13-18, Sept. 2001 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/09/2016.

FRAGELLI, T.B.O; SHIMIZU, H.E. Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 4, p. 667-674, Aug. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15/03/2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas\\_analiticos.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf)>. Acesso: 04/05/2017.

FRANCO, T. B; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, p. 151-163, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 03/04/2017

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In :PINHEIRO, R; MATOS, R.A. **Gestão em Redes**. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: [http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes\\_na\\_micropolitica\\_do\\_processo\\_trabalho\\_-\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf). Acesso em: 15/04/2017.

FRANKHAM, J; MACRAE, C. Etnografia. IN: SOMEKH, Bridget; LEWIN, Cathy (Orgs.) **Teoria e métodos de Pesquisa social**. Petrópolis RJ: Vozes, 2015.p.69-78.  
GIL, A.C.**Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed.-São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, June

2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 /08/2016.

GIL, C.R.R; LUIZ, I.C. Processo de trabalho em saúde. In: GIL, C.R.R (Org). **O processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luiz, EDUFMA/UNASUS,2016.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s21-s23, 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14/08/2016.

GIOVANELLA, L; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países Europeus. **J Manag Prim Health Care**, 2014; v.5,n.1,p.101-113, 2014.Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/download/203/206>. Acesso em: 21/03/2017.

GIOVANELLA, L;MENDONÇA M.H. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>. Acesso em: 14/08/2016.

GODOY, A. S; D'AMELIO, M. Competências geradas por profissionais de diferentes formações. **Órgão. Soc.** Salvador, v. 19, n. 63, p. 621-639, dez. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302012000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302012000400004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/02/2018.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública** , Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-234, abril de 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/01/2018.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C; DESLANDES, S.F. O ; GOMES, R. (Orgs.)**Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p. 79- 107.

GONCALVES, C.R et al . Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04/03/2018.

GOUVEIA, V.V; ET AL. O sentimento de constrangimento: evidências acerca do contágio emocional e do gênero. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n.4, p.329-337, outubro – dezembro 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a02.pdf>. Acesso em: 15/03/2017.

GUATTARI F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. 3ª Edição. São Paulo: Brasiliense,1987.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes,1996.

GUIZARDI, F.L; CAVALCANTI, F.O. A Gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e participação política no SUS. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 14, n. 34,

p. 633-646, setembro de 2010. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06/03/2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatísticas**. Cidades@, 2017. Disponível em:  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/feira-de-santana/panorama> . Acesso em: 14/12/2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Defining Primary Care: An Interim Report**. Washington, DC: National Academy Press, 1994. Disponível: <https://www.nap.edu/read/9153/chapter/3>. Acesso em: 28/03/2017.

JESUS, M.A, SOUZA, M.K.B. Dinâmica, potencialidades e desafios na gerência de unidades de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife (PE), 8, nov. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6267>. Acesso em: 20/07/2016.

JESUS. M.A. **O processo de gerenciamento na estratégia saúde da família com ênfase no planejamento das ações**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2013.

KELL, M.C.G; SHIMIZU, H.E Você não está no Programa Saúde da Família ?. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, junho de 2010. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700065&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05/03/2018.

KOPF AW, HORTALE VA. Contribuições dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa. **Cien Saude Colet** 2005; 10(supl):157-165. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 07/03/2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14/08/2016.

LEAL, J.A.L. **Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países**. (tese de doutorado) Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016.

LEAL, J.A.L; MELO, C.M.M. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, n. 2, p. 413-423, Apr. 2018 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000200413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200413&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/03/2018.

LEITE, S. N et al . Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, supl. 2, 11s, 2017 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300312&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300312&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/02/2018.

LYRIO, N.A.S.B. **Processo de trabalho de enfermeira como apoiadora institucional na atenção básica: a concretude em um município de estado da Bahia**. [Dissertação de mestrado] Feira de Santana, 2015.

MANENTI, S. A et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 727-733, June 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/02/2018.

MANZINI, F. et al. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação** – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, A.R et al . Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, supl. 2, p. 6-12, Mar. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/03/2018.

MARX, K. **O capital.** 2ªed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 3, p. 508-514, Sept. 2006 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:14/05/2017.

MATTA, G. C ; MOROSINI , M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro; HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1993.

MELO, D.F. M.F.; CRISCUOLO, M. B. R.C.R.; VIEGAS, S.M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária . **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 4986-4995, oct. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402>>. Acesso em: 15/02/2017.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em->

saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-  
apoios/redes\_de\_atencao\_mendes\_2.pdf. Acesso em : 15/08/2016

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. p.271. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde as Secretaria Municipal da Saúde, Cadernos CEFOR, 1 - Série Textos, São Paulo, 1992.

MERHY E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.) **Razão e Planejamento:** Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo-Rio de Janeiro : Editora Hucitec/ABRASCO. 1995. p. 117-149.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde:** um desafio para o público. Hucitec. Série didática, 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde.** São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em : <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Aceso em : 15/04/2017.

MICHAELIS, H. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C; DESLANDES, S.F.O; GOMES, R. (Orgs.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p 09-30.

MINTZBERG, H . A estratégia artesanal In: MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Management não é o que você pensa.** Porto Alegre: Bookman, 2011b.

MINTZBERG, H . Gestão: cuidados com o que você pensa In: MINTZBERG, H; AHLSTRAND, B; LAMPEL, J. **Management não é o que você pensa.** Porto Alegre: Bookman, 2011a.

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

MIRANDA , S.M.R. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007. p 81-110.



- MORIN, E. Os sentidos do trabalho. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 41, n. 3, p. 08-19, set. De 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902001000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25/02/2018
- MORIN, E; TONELLI, M.J; PLIOPAS, A.L.V. O trabalho e seus sentidos. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 47-56, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 25/02/2018
- MOROSINI, M.V; FONSECA, A.F; PEREIRA, I.B. **Educação em saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>. Acesso em: 08/03/2018.
- MOTTA, P.R. **Gestão contemporânea:** a ciência e a arte de ser dirigente. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Record; 2002.
- MULLER NETO, J.S; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 12, p. 3407-3416, dez. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200025&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 06/03/2018.
- NEVES, C.A. B. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1953-1955, Aug. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 1/04/2017.
- NUNES, E.F.P.A et al . Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 58, p. 573-584, Sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-328320160003000573&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-328320160003000573&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/04/2017.
- OELRICH, M. Chefia X Liderança: reflexos na gestão privada da Kuehne+Nagel. **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 4, n. 1, p. 181-188, 2016. Disponível em: [https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO\\_EaD/article/view/1592](https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/GESTAO_EaD/article/view/1592). Acesso em: 22/02/2018.
- 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, Feb. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-812320140002000393&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320140002000393&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/02/2017.
- OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/03/2017.
- OLIVEIRA, M.P.R de et al . Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v.

40, n. 4, p. 547-559, Dec. 2016 .Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/03/2018.

**OMS. Organização Mundial da Saúde.** Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília: Unicef, 1979. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf). Acesso em 14/08/2016

**OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde.** Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf). Acesso em: 15/08/2016.

PACAGNELLA, R. A necessidade e a formação de profissionais para Atenção Primária à Saúde. **Fórum: Formação de recursos humanos para o SUS**, 2016, São Paulo. UNICAMP. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em: <<http://www.gr.unicamp.br/penses/formacao-de-recursos-humanos/>>. Acesso em: 04 mar. 2018.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. **Saúde debate**, v. 36, n. 94, p. 343-347, set. 2012 . Disponível em  
<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11/09/2016.

PAIM, J.S. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. (N. esp.), p.11-31, 2011. Disponível em:  
<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 24/09/2016.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 20 de maio 2018.

PASCARELLI FILHO, M. **A nova administração pública**: profissionalização, eficiência e governança. São Paulo: DVS Editora, 2011.

PASSOS, E. S. **De anjos a mulheres** - Ideologias e valores na formação de enfermeiras - 2. ed. - Salvador : EDUFBA, 2012.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 40, n. 4, p. 464-468, Dec. 2006 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342006000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:15/08/ 2016.

PAULA, A. P. P. Em busca de uma resignificação para o imaginário gerencial: os desafios da criação e da dialogicidade. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 18-41, Apr. 2016 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-69712016000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712016000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em : 23/01/2018

PAULA, M; et al. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 980-987, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789015>>. Acesso em: 21/04/2017.

PEDROSA, I.C.F, CORRÊA A.C.P, MANDÚ, E.N.T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude.** V.10, n.1, p 58-65, Jan/Mar; 2011. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/13288/pdf>. Acesso em 04/03/2018.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [tese]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M et al . Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Mar. 2018.

PEDUZZI. M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 75-91, Mar. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/04/2017.

PEDUZZI. M.; SCHRAIBER, L.B. **Processo de Trabalho em Saúde**: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 01/04/2017.

PELLISSARI, A. S; GONZALEZ, I.V. D. P; VANALLE, R. M. Competências gerenciais: um estudo em pequenas empresas de confecções. **READ. Rev. eletrôn. adm.** Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 149-180, Apr. 2011 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-23112011000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112011000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 /02/2018.

PEOPLES' HEALTH MOVEMENT. Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack. Unnikrishnan, Bangalore (India): **People's Health Movement**, 2003. Disponível em: <https://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm%20publication%20-%20health%20for%20all%20now.pdf>. Acesso em: 28/03/2017

PEOPLES' HEALTH MOVEMENT. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. **People's Health Assembly**, December 2000; Dhaka, Bangladesh. Disponível em: <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pha-background3.pdf>. Acesso em: 28/03/2017.

PERES, A.C. ACS em risco. **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1,n183,p 16-20,dez.2017.

PEZZATO, L. M; L'ABBATE, S; BOTAZZO, C. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2095-2104, July 2013 . Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000700025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03/09/2016.

PIRES, D.E.P de et al. Cargas de trabalho de enfermagem na saúde familiar: implicações para o acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12/03/2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, p. 255-276, June 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 15/02/2018.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

RIVERA, F.J.U; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2265-2274, Aug. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07/03/2018.

RODRIGUES, A. L; BARRICHELO, A.; MORIN, E.M.. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 56, n. 2, p. 192-208, Apr. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902016000200192&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902016000200192&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/02/2018.

ROHM, R.H.D; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pósmoderno:

ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.B.L.E; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07/03/2018.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. Editora Estação Liberdade, São Paulo, 1989. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>. Acesso em: 12/04/2017.

ROMAGNOLI, R. C. Relações macropolíticas e micropolíticas no cotidiano do CRAS. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 28, n. 1, p. 151-161, Apr. 2016 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822016000100151&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000100151&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12/05/2017.

ROMANO, C.M.C; SCATENA, J.H.G. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 48, n. 2, p. 439-458, Apr. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122014000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 26/02/2018.

ROTTA, L.A; ANDRADE, L.O.M. A estratégia saúde da família e as tecnologias de informação: o seu uso entre médicos e enfermeiros na atenção básica em sobral/CE - **SANARE**. ano v, n.1, jan./fev./mar. 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/136/128>. Acesso em 27/02/2018.

SALES NC, SILVA MGC, PINTO FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de Centros de Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 27(3): 389-397, jul./set., 2014. Disponível em : <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2473/pdf>. Acesso em: 18 /01/2018.

SANTOS, A.L; RIGOTTO,R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16/02/2018.

SANTOS, D.L; RODRIGUES,P.H.A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 103, p. 744-755, Dec. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400744&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400744&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/03/2018.

SANTOS, L.; CAMPOS, G.W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 438-446, June 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200438&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15/05/2016.

SANTOS, N. L. **Tecnologia e Práticas de Saúde, a atualidade da contribuição de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves**: Observatório de Análise Política em Saúde. ISC: UFBA. 2016. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/?id=60f91024fb8ccc5c31ee4af2e1c5fde0>>. Acesso em: 14/05/2017.

SCHOLZE, A.S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2014; v.9, n.31, p 219-226. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)637](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)637). Acesso em: 08/03/2018.

SCHRAIBER, L. B.. Ética e subjetividade no Trabalho em Saúde. **Divulgação Saúde em Debate**, n.12, jun 1996. Disponível em : [http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa\\_4\\_cebes\\_divulgacao\\_n12\\_jul1996\\_pp45\\_50.pdf](http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_4_cebes_divulgacao_n12_jul1996_pp45_50.pdf). Acesso em: 15/04/2017

SCHRAIBER, L. B.O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 57-64, Mar. 1995 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000100012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15/04/2017.

SCHRAIBER, L. B; MOTA, A; NOVAIS, H.M.D. **Tecnologias em Saúde: Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html> >. Acesso em: 01/04/2017

SCHWARTZ, T.D et al . Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 2145-2154, July 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24/02/2018

SERVO, M. L. S. **Supervisão social: um dispositivo para a produção do cuidado em saúde** (tese). Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

SILVA, F. H. C. A Atuação dos Enfermeiros como Gestores em Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 67-82, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/5>>. Acesso em: 14/05/2017.

SILVA, F.M; RUAS, R.L. competências coletivas: considerações acerca de sua formação e desenvolvimento. **REAd. Rev. eletrôn. adm.**, Porto Alegre , v. 22, n. 1, p. 252-278, Apr. 2016 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-23112016000100252&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112016000100252&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22/03/ 2018.

SILVA, R.N.A et al. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde**, jan.-abr. 2016, Vol.9(1), pp.21-29. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21028/14389>. Acesso em: 12/12/ 2017.

SILVA, S. F; SOUZA, N. M; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, Nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104427&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104427&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14/02/2018.

SOARES NETO, J.J; MACHADO, M.H; ALVES, C.B. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2709-2718, Sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902709&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05/03/2018.

SOMEKT, B.; JONES, L. Observação. IN: SOMEKH, B.; LEWIN, C. (Orgs.) **Teoria e métodos de Pesquisa social**. Petrópolis RJ: Vozes, 2015.p.183-191.

SOUZA, K. R.; ROZEMBERG, B. As macropolíticas educacionais e a micropolítica de gestão escolar: repercussões na saúde dos trabalhadores. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 433-447, june 2013. ISSN 1678-4634. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/58627/61695>>. Acesso em: 04/05/2016.

SPAGNOL, C.A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4405/2342>. Acesso em: 15/02/2018

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STEVANIM L.F. Quem banca o essencial? **RADIS Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1,n183,p 22-25,dez.2017.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 821-828, Apr. 2012 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:23/03/ 2017.

TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos metodológicos do Planejamento em Saúde. In:

TEIXEIRA, C. F. (Org). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador : EDUFBA, 2010, p 17-32.

TESSER, Charles D. (Org.). **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010.

TESTA, M. Pensamento Estratégico. In: TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso de saúde. São Paulo:HUCITEC,1995, p.48-103

THOFEHRN, M.B; LEOPARDI, M.T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 409-417, setembro de 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12/03/2018

TRALDI, M.C. As políticas de saúde e os principais desafios da administração de enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, A.S; TRALDI, M.C. (Org.) **Administração de enfermagem em saúde coletiva**. Barueri. São Paulo: Manole, 2015, p. 1-68

TRALDI, M.C; SANTOS, A.S. Competências gerenciais para a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, A.S; TRALDI, M.C. (Org.) **Administração de enfermagem em saúde coletiva**. Barueri. São Paulo: Manole, 2015, p. 195-234

uma abordagem crítica. **Cad. EBAPE.BR**, v. 13, nº 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v13n2/1679-3951-cebape-13-02-00332.pdf>. Acesso em : 25/02/2018.

VANDERLEI, M. I. G; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 443-453, Apr. 2007 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:14/05/2017

VERGÍLIO, M.S.T.G. Teorias da administração: articulação com a enfermagem em saúde coletiva. In: SANTOS, A.S; TRALDI, M.C. (Org.) **Administração de enfermagem em saúde coletiva**. Barueri. São Paulo: Manole, 2015, p. 1-68

VERONESE, MV. Práticas institucionais. In RIVERO, N.E.E.(Org). **Psicologia social: estratégias, políticas e implicações**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 103- 110.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1982.

WEIRICH, C. F. et al . O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 249-257, June 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072009000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/04/2017.

WENDHAUSEN A, SAUPE R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Jan-Mar 2003; v.12, n. 1, p 17-26.

WHO. **World Health Organization**. Cuidados primários: Agora mais do que nunca. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf). Acesso em : 18/03/2017.

XAVIER-GOMES, L. M. et al . Prática gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 3, p. 695-707, Dec. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000300695&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000300695&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/04/ 2017.

XIMENES-NETO, F. R. G. X. ; SAMPAIO, J.J.C Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 6, p. 687-695, Dec. 2007 . Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21/03/2018.

XIMENES-NETO, F. R. G. X. ; SAMPAIO, J.J.C. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá , v. 11, n. 22, p. 76-91, June 2012 . Disponível em:<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em:12/08/2016.

ZANELLI, J.C; BASTOS, A.V.B; RODRIGUES, A.C.A. Campo profissional do psicólogo em organizações e no trabalho. In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J.E; BASTOS, A.V.B (Org) **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil** – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 549-582.



# APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### 1ª Parte

#### Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

Idade \_\_\_\_\_ anos  
 Sexo ( ) masculino ( ) feminino  
 Formação profissional \_\_\_\_\_ Graduação/ Pós graduação e outros \_\_\_\_\_  
 Tempo de formação \_\_\_\_\_  
 Tempo de atuação na função atual \_\_\_\_\_  
 Vínculo empregatício: \_\_\_\_\_  
 Experiência profissional em gestão/gerência ( ) sim ( ) não  
 Se sim, quanto tempo: \_\_\_\_\_ (anos, meses)  
 Tempo de desenvolvimento de atividades gerenciais nesta unidade \_\_\_\_\_  
 Curso na área de gestão/gerência ( ) sim ( ) não  
 Se sim, especifique \_\_\_\_\_

### 2ª Parte

#### Processo de Trabalho de Gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde

**A- Elementos constitutivos do Processo de Trabalho** (Agentes do trabalho, Objeto do trabalho, Instrumentos, Finalidade/ Atividades, Tecnologias relacionais)

#### **B- Dinâmica do processo de trabalho gerencial:**

- Contexto Político (poder, tomada de decisão, autonomia)
- Contexto Organizacional (estrutura do serviço e porta de entrada)
- Contexto Relacional (relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, compreensão de trabalho e processo saúde doença)
- Contexto Técnico (competências, habilidades, compromisso, formação profissional)

#### **C- Atributos Atenção Primária à Saúde**

##### *Atributos Essenciais*

- Atenção ao primeiro contato (acesso e acessibilidade, oferta de serviços, porta de entrada)
- Longitudinalidade (cuidado, relação equipe-usuário, vínculo, confiança, humanização, responsabilidade)
- Integralidade (níveis de assistência, ações de promoção, prevenção e recuperação)
- Coordenação (cobertura populacional, articulação níveis da assistência, modelo de atenção)

*Atributos derivados*

- Orientação familiar (unidade de atenção )
- Orientação comunitária (território, contexto físico, econômico, social)
- Competência cultural (valores, crenças, costumes)

**D- Possibilidade do desenvolvimento do PTG no cotidiano das US na perspectiva dos atributos da Atenção Primária à Saúde**

**E- Limites do PTG na US na perspectiva de fortalecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde**

## APÊNDICE B- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO

Data:

Local:

Início:

Término:

### PONTOS DE OBSERVAÇÃO

Processo de Trabalho Gerencial no cotidiano dos serviços de APS

**A- Elementos constitutivos do Processo de Trabalho** (Objeto do trabalho, Agentes do trabalho, Instrumentos, Finalidade/ Atividades, Tecnologias relacionais)

**B- Dinâmica do processo de trabalho gerencial:**

- Contexto Político (poder, tomada de decisão, autonomia)
- Contexto Organizacional (estrutura do serviço e porta de entrada)
- Contexto Relacional (relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, compreensão de trabalho e processo saúde doença)
- Contexto Técnico (competências, habilidades, compromisso, formação profissional)

**C- Atributos Atenção Primária à Saúde**

*Atributos Essenciais*

- Atenção ao primeiro contato (acesso e acessibilidade, oferta de serviços, porta de entrada)
- Longitudinalidade (relação equipe-usuário, vínculo, qualidade, humanização)
- Integralidade (níveis de assistência, ações de promoção, prevenção e recuperação)
- Coordenação (cobertura populacional, articulação níveis da assistência, modelo de atenção)

*Atributos derivados*

- Orientação familiar (unidade de atenção)
- Orientação comunitária (território, contexto físico econômico, social)
- Competência cultural (valores, crenças, costumes)

**D- Possibilidade do desenvolvimento do PTG no cotidiano das US na perspectiva dos atributos da Atenção Primária à Saúde**

- Acessibilidade
- Cuidado ao usuários e família / Humanização
- Integralidade das ações e serviços
- Trabalho em equipe
- Coordenação e articulação entre os diferentes níveis

**E- Limites do PTG na US na perspectiva de fortalecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde**

- Acessibilidade
- Cuidado ao usuários e família / Humanização
- Integralidade das ações e serviços
- Trabalho em equipe
- Coordenação e articulação entre os diferentes níveis

**APÊNDICE C- FOLHA DE REGISTRO DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA**

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
Data:	
Local:	
Início:	Término:
Relato	
Síntese e Conclusões	

## APÊNDICE D



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA- UEFS  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Nós, Maria Lúcia Silva Servo, pesquisadora orientadora, e Michele de Araújo de Jesus, pesquisadora responsável, viemos por meio deste Termo, convidar-lhe para participar, da pesquisa de campo intitulada **“Processo de Trabalho de Gerentes de Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde em um Município do Estado da Bahia”**, que tem como objetivo analisar o processo de trabalho na gerência dos serviços da Atenção Primária à Saúde, no município de Feira de Santana-Bahia. Este estudo justifica-se a medida em que poderá contribuir para análise do processo de gerência no município em questão, favorecendo a identificação das principais nuances deste processo de trabalho, além de colaborar para a ampliação e melhora dos conhecimentos na área de gestão de serviços de saúde, com a finalidade de repensar as práticas ali desenvolvidas para fazer valer as ideias presentes na proposta de cuidado, voltada a Atenção Primária à Saúde. Para coleta de dados será realizada a entrevista semiestruturada de forma individual e a observação sistemática das atividades cotidianas dos gerente e das equipe da Unidade de Saúde. Neste estudo serão seguidas as determinações da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, acerca das pesquisas envolvendo seres humanos, desse modo, qualquer dúvida referente a este estudo, antes, durante e após a sua realização, pode ser esclarecida entrando em contato com as pesquisadoras, através do seguinte endereço: Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – (NUPISC). Avenida Transnordestina, S/N. Bairro: Novo Horizonte. Feira de Santana – Bahia, pelo telefone: (75) 3161-8096. Caso, você concorde, sua participação se dará por meio da gravação de uma entrevista, cujas informações fornecidas por você serão de caráter confidencial. O local de realização da entrevista assegurará a sua privacidade, confidencialidade das informações, além de garantir a sua integridade moral, intelectual, social e cultural. Durante a observação, as suas atividades e rotina de trabalho não sofrerão interrupções. Considerando o risco de constrangimento, devido ao modo de aplicação dos instrumentos, falha em regular a privacidade, por se encontrar em uma situação de protagonista, por medo de perda do trabalho, possibilidade de causar conflito no ambiente de trabalho e além do desconcerto empático entre o entrevistado e entrevistador é garantida a sua liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que haja penalizações ou prejuízos a sua função. Além de ser garantida indenização em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa. Você não receberá qualquer incentivo financeiro ou terá gastos ao participar deste estudo, entretanto se houver qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos. O áudio das entrevistas e as transcrições das mesmas, assim como os registros das observações serão mantidos por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva – (NUPISC), do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia e após este período será destruído. Os resultados deste estudo serão discutidos e divulgados apenas no meio acadêmico e científico, assegurando-lhe que sua identidade jamais será revelada, de modo a garantir o anonimato. Qualquer dúvida do ponto de vista ético pode ser esclarecida mediante contato com Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UEFS), através do telefone: (75) 3161-8067 e do email: cep@uefs.br. Ao concordar em participar deste estudo, você assinará duas vias desse termo, sendo que, uma ficará com a pesquisadora e a outra com você. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em local e data previamente agendados, para a qual você será convidado

Feira de Santana,            de            de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
**Michele de Araújo de Jesus** (*Pesquisadora responsável*)

\_\_\_\_\_  
**Maria Lúcia Silva Servo** (*Pesquisadora orientadora*)

# **ANEXOS**



## ANEXO A – TERMO DE ACEITE DO CAMPO DE PESQUISA



Secretaria Municipal de Saúde  
Seção de Capacitação Permanente

E-mail: edupermanentesms@gmail.com  
(75) 3612-6608/Ramal 6608

Feira de Santana, 09 de Junho de 2017.

**DA: Seção de Capacitação Permanente SMS**

PARA: Atenção Básica/ Divisão de Enfermagem

ATT: Dr<sup>a</sup> Valdenice Queiroz; Ana Franqueira

C/C: Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde

USF: \_\_\_\_\_

UBS: \_\_\_\_\_

**Tipo: Encaminhamento Pesquisa Acadêmica/Mestrado**

Informamos que se encontra autorizada a realização da pesquisa de mestrado com o tema: **"Processo de Trabalho na Gerência dos Serviços de Atenção Primária à Saúde em um Município do Estado da Bahia"**, da mestranda *Michele de Araújo de Jesus*, pela UEFS. Este estudo tem como analisar o processo de trabalho na gerência dos serviços da Atenção Primária à Saúde, no município de Feira de Santana - Bahia. A metodologia tem abordagem qualitativa e caráter analítico, tendo como campo de coleta de dados USF e UBS e como participantes os gerentes de serviços de Atenção Primária a Saúde.

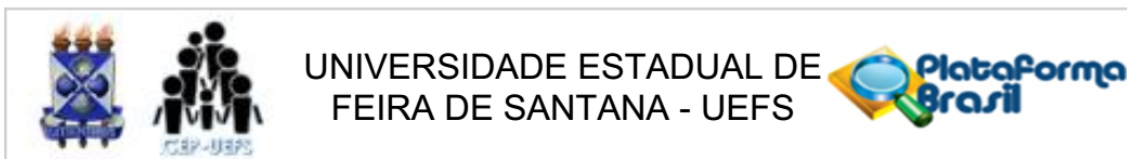
Ressalto que este projeto será submetido ao CEP – Comitê de ética em Pesquisa, e após aprovação será iniciado a coleta de dados.

Atenciosamente,

*Ariella Carla Covas*  
Coord. da Seção de Capacitação Permanente

NPJ 14 043 574/0001-51  
Secretaria Municipal de Saúde  
Feira de Santana/Bahia

## ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE TRABALHO NA GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

**Pesquisador:** Michele de Araújo de Jesus

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 70233917.0.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.234.542

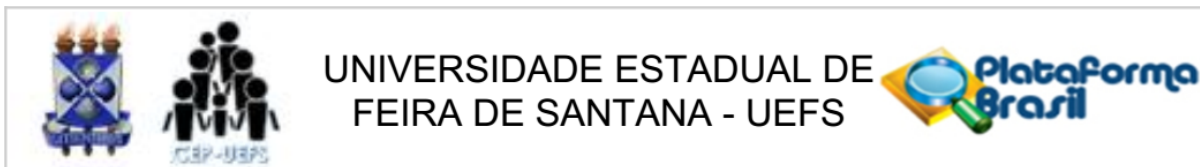
#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa intitulado PROCESSO DE TRABALHO NA GERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, de autoria da discente Michele de Araújo de Jesus, sob orientação da Profª Drª Maria Lúcia Silva Servo.

O estudo busca compreender processo de trabalho na gerência dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Tem como objetivo geral analisar o processo de trabalho na gerência dos serviços da Atenção Primária à Saúde, no município de Feira de Santana - Bahia. Trata-se de um estudo de campo, com abordagem qualitativa, utilizando como técnicas de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática, com profissionais que atuam como gerentes de Unidades de Saúde da Família (USF) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os participantes deste estudo serão os gerentes de Unidades de Saúde de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde do município. Critério de Inclusão: serviços de atenção primária à saúde com tempo de implantação e funcionamento igual ou superior a 1 ano; unidades da zona urbana que pertençam a cada uma das cinco regiões administrativas da sede do município;

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.234.542

unidades que possuam equipe completa e que possua Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Quanto aos participantes serão seguidos como critérios de inclusão: gerentes de Unidades de Saúde de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, independente da formação profissional e que atuam em unidades de saúde por um ano ou mais. Critério de Exclusão: Unidades de Saúde de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural e sem Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Em relação aos participantes os critérios de exclusão a serem empregados serão: gerentes de Unidades de Saúde de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que estiverem afastados da unidade no momento da coleta de dados, por licença maternidade, médica, férias ou outros tipos de afastamento.

No cronograma as autoras prevêem devolução dos resultados aos participantes do estudo, com execução até abril de 2018. Orçamento de R\$ 4.732,40 com contrapartida da UEFS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o processo de trabalho na gerência dos serviços da Atenção Primária à Saúde, no município de Feira de Santana – Bahia

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

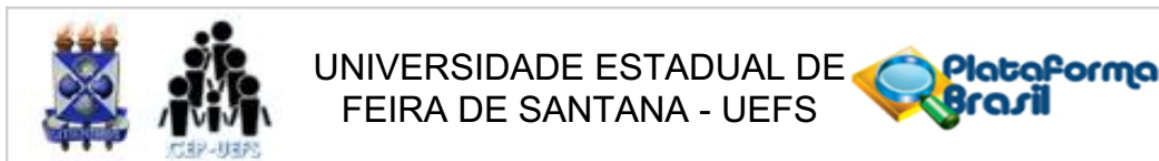
##### Riscos

Os riscos desta pesquisa estão relacionados à possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização deste estudo, devido ao modo de aplicação dos instrumentos, falha em regular a privacidade, por se encontrar em uma situação de protagonista, por medo de perda do trabalho, possibilidade de causar conflito no ambiente de trabalho e além do desconcerto empático entre o entrevistado e entrevistador (GOUVEIA et al.,2006). Por esse motivo, serão garantidas as definições da Resolução nº 466/12, relacionada à manutenção da integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural do participante e respeitada à autonomia do sujeito.

##### Benefícios

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados principalmente a possibilidade de se obter conhecimentos, através da análise das dimensões do processo de trabalho gerencial e da reflexão sobre as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais que assumem a gerência. Além disso, os resultados do mesmo poderão auxiliar na identificação de alternativas que ofereçam subsídios para o desenvolvimento das funções gerenciais, de modo a melhorar o processo de

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.234.542

trabalho e garantir a qualidade de saúde para os usuários.(informações básicas p.5)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de pesquisa cujo objeto de estudo é relevante e pode trazer contribuições para cotidiano do trabalho gerencial das Unidades de Saúde da Família. Do ponto de vista ético o estudo é viável e possui todas as condições de ser efetivado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O presente projeto apresenta todos os item de apresentação obrigatória e o TCLE está de acordo com o disposto na Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações.

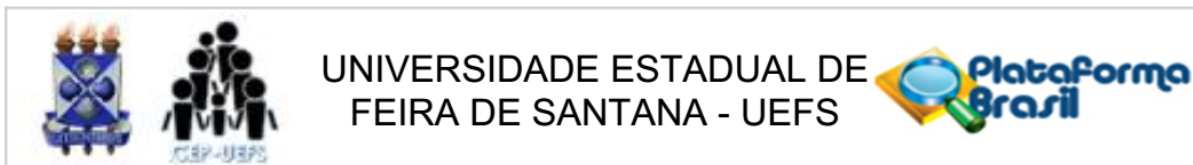
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEReticacao.pdf	23/08/2017 09:32:26	Pollyana Pereira Portela	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_924378.pdf	25/06/2017 17:41:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/06/2017 17:32:47	Michele de Araújo de Jesus	Aceito
Outros	INSTRUMENTOOSBESER.pdf	25/06/2017	Michele de Araújo	Aceito

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.234.542

Outros	INSTRUMENTOOSBSE.pdf	17:27:54	de Jesus	Aceite
Outros	INSTRUMENTOENTREVISTA.pdf	25/06/2017 17:27:20	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/06/2017 17:21:58	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	25/06/2017 17:20:53	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SECRETARIADESAUDE.pdf	25/06/2017 17:18:04	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/06/2017 17:15:50	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/06/2017 17:13:10	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO3.pdf	21/05/2017 22:28:00	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO2.pdf	21/05/2017 22:27:51	Michele de Araújo de Jesus	Aceite
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO1.pdf	21/05/2017 22:27:36	Michele de Araújo de Jesus	Aceite

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FEIRA DE SANTANA, 23 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**Pollyana Pereira Portela**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
**Bairro:** Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460  
**UF:** BA **Município:** FEIRA DE SANTANA  
**Telefone:** (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br

