

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL: desafios para
um novo 'fazer' em Saúde da Família**

LÍCIA MARQUES VIDAL

JEQUIÉ/BA
2010

LÍCIA MARQUES VIDAL

**PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL: desafios para
um novo ‘fazer’ em Saúde da Família**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre.

LINHA DE PESQUISA: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: Prof^o. DSc. Eduardo Nagib Boery.

**JEQUIÉ/BA
2010**

LÍCIA MARQUES VIDAL

**PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL: desafios para
um novo ‘fazer’ em Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem – área de concentração em Saúde Pública.

Aprovada pela banca examinadora em 10 de dezembro de 2010

BANCA EXAMINADORA:

Eduardo Nagib Boery – Orientador e Presidente da Banca
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Maria Ângela Alves do Nascimento
Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo
Universidade Estadual de Feira de Santana

Silvia Matumoto
Doutorado em Enfermagem. Universidade de São Paulo
Universidade de São Paulo

Autor da vida

Ana Paula Valadão

*Tu és o autor da vida
E eu, a Tua canção
Tu és o oleiro
E eu, barro em Tuas mãos
Tu és o instrumentista
E eu, soprado por Ti*

*Tu és o artista
E eu me rendo a Ti*

*Toca-me, canta em mim
Põe as cores que há em Teus olhos sobre mim
Move-me, sente em mim
Conta a Tua história através de mim*

*Canta, dança, toca, molda
Escreve, pinta, fala, sente
Tu és o autor da vida
E eu, a composição
Tu és o artista
E a tela é o meu coração*

*Leitura poética do processo de trabalho divino
e sua mais linda criação!*

Dedico e agradeço

À minha querida **mãe Dora**,
mulher dotada de uma singela elegância espiritual
e extrema sabedoria, que tornou-se para mim uma mestra por excelência.

Às minhas maravilhosas **irmãs Line, Pat e Jhancy**
que traduzem, com perfeição, o que seja viver em amor e em família
e minhas florzinhas **Julia, Luiza e Joanne** o mais puro sabor, cor e aroma da alegria para
nossa casa.

Ao **meu bem Gilvan**, prova viva do amor de Deus por mim, dotado de tanta grandeza e
dignidade, me fez entender lições simples e preciosas do que seja paciência, perseverança e
amor. Me fez acreditar que sonhos se tornam realidade.

À **Comunidade do Curral Novo** que me aperfeiçoou e me ensinou a amar “Saúde da Família”
e me apaixonar por gerência.

AGRADECIMENTOS

A **meu Deus**, Pai Eterno de infinito amor, presente sempre em minha vida por meio de sua graça, bondade e fidelidade.

À **toda minha família e ao meu “quase irmão”** Uanderson, por acreditarem em mim, entenderem as minhas ausências, vibrarem comigo e fazerem parte dessa conquista.

Aos **amigos** de todas as horas (Edinho, Das, Baby, Minho, Deby, Tali, Sheylla, Milena) por vocês tornarem a minha vida muito mais interessante.

Ao meu orientador professor **DSc. Eduardo Nagib Boery**, pela motivação, solidariedade e empenho sempre, e, por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidei. Merecedor da minha admiração pela dinamicidade e presteza em servir e o desejo de ver as coisas acontecerem.

Ao **Programa de Pós-graduação da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia**, na pessoa da professora **DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery** – Coordenadora – e do professor **DSc. Cezar Augusto Casotti**, - vice-coordenador - pela singeleza e firmeza com que conduziram o processo, resultando na titulação da primeira turma de Mestres da UESB, da qual temos o orgulho de fazer parte.

Ao **quadro docente do Mestrado**, pela dedicação, sem medir esforços e pensar horários, empenhados à realização do Programa. Aos mais próximos, que estiveram presentes desde o início [o embrião do projeto], um sincero agradecimento com imensa satisfação de tê-los (re) encontrado. Aos mais distantes, um profundo agradecimento, com votos de aproximação em novos trabalhos.

À professora **DSc. Edite Lago da Silva Sena**, presente na pré-qualificação, com contribuições preponderantes para os primeiros escritos da dissertação.

À professora **DSc. Alba Benemérita Alves Vilela**, que me levou gentilmente em sua casa, para que eu “me fartasse” de livros, quando eu nem bem sabia do que eu iria me servir. Profunda gratidão.

Aos professores **MSc. Jair Magalhães da Silva e MSc. Vanda Palmarella Rodrigues**, pelas contribuições preciosas para a composição desse trabalho. Não sei se poderei um dia retribuir tamanho carinho dispensado, mas se, pelo menos, conseguir fazer por alguém o que vocês fizeram [e fazem] por nós, já estarei me sentindo feliz por segui-lhes o exemplo.

À professora **MSc. Maristela Santos Nascimento**, que me confiou um tesouro – sua dissertação -, para que eu pudesse “me encontrar” naquele estudo tão rico.

Às professoras **DSc. Maria Ângela Alves do Nascimento e DSc. Vitória Solange Coelho Ferreira**, presentes na qualificação pelo tempo que dispuseram para participarem e pelas contribuições na (re) organização do projeto de pesquisa. Maior gratidão à professora DSc. Ângela por ter voltado a Jequié na defesa desta dissertação, e, mais uma vez, expor um novo olhar sobre o trabalho realizado.

À professora **DSc. Silvia Matumoto**, por ter aceitado nosso convite para participar da banca de sustentação da dissertação, e nesta, ter proporcionado excelentes contribuições.

Ao **quadro de funcionários do Mestrado** (Eliana, Sônia, Kelly, Neilma, Leinad), pela paciência, responsabilidade e gentileza com que trataram das nossas causas. Vocês compõem o programa e contribuíram para esta realização.

Aos **colegas do Mestrado**, primeira turma, com tantas expectativas e interrogações, construtores de sonhos pessoais e profissionais, com tendências à coletivização pela abrangência do sonhado. Entramos juntos no Mestrado, e, fomos chamados de vencedores, tivemos as nossas forças e intelecto testados e hoje, certamente nos sentimos mais fortes e dispostos a novos desafios. Pelas lições de vida, convivência, participação, carinho, força, companheirismo e motivação, o meu sincero agradecimento.

À **Adriana Barbosa** - colega admirável pela determinação e inteligência - agradeço as orientações a respeito do Comitê de Ética em Pesquisa, pela paciência nos nossos projetos e artigos produzidos juntas, por compartilhar do Estágio de Docência, e, por ter aprendido com você, a cada dia mais, respeitar os sujeitos da pesquisa.

À **Ícaro**, pela amizade e pela formidável colaboração na tradução do resumo para língua estrangeira.

À minha colega/amiga e companheira de viagem mestranda **Liane Oliveira Souza Gomes**, pela motivação constante e pelas orações que me ajudaram e sustentaram durante os dias de construção do trabalho.

Aos **trabalhadores da Unidade de Saúde da Família Senhorinha Ferreira Araújo**, (especialmente aos presentes entre 2004 e 2008), pelo compromisso com que desempenham o trabalho, que me fortaleceram durante muitos anos de serviço juntos e me motivaram a chegar ao Mestrado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Jequié**, na pessoa da Secretária Municipal de Saúde Stela Santos Souza, que não se opôs à realização desse estudo no município, abrindo possibilidades à coleta de dados.

Aos **funcionários da Secretaria Municipal de Saúde**, dos setores: **Administrativo** (Aleks), do **Conselho Municipal de Saúde** (Cláudio) e do **setor de Informação** (Juciana), pela contribuição valiosa para a coleta dos dados durante análise documental.

Aos Enfermeiros **Leyniara e Neffison**, que nos receberam várias vezes no Departamento de Assistência e, mesmo em dias “cheios”, com tantas atividades administrativas, nos atenderam com bom humor e atenção.

Às **Unidades de Saúde da Família de Jequié**, que nos receberam para coleta de dados de forma bastante solícita e cordial.

Aos **informantes** que aceitaram participar do estudo de modo tão gentil e contribuíram para elucidar as questões aqui discutidas e pontuadas.

*O essencial é saber ver, saber ver sem estar a pensar, saber ver quando se vê, e nem pensar
quando se vê, nem ver quando se pensa.
Mas isso, (tristes de nós, que trazemos a alma vestida!),
Isso exige um estudo profundo, uma aprendizagem de desaprender.*

(PESSOA, 1974, p. 212)

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido em Jequié-BA. **Objetivo geral: analisar** o processo de trabalho na prática gerencial do PSF. **Objetivos específicos: descrever** as atividades gerenciais desenvolvidas no PSF; e, **identificar** as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial do PSF. Aproximamo-nos dos estudos sobre processo de trabalho em saúde. Percorremos trajetória metodológica, segundo o pensamento dialético, de natureza qualitativa, sendo técnicas de coleta de dados entrevista semi-estruturada, observação sistemática e análise documental. Para análise dos dados nos aproximamos do método hermenêutico-dialético. Resultaram três categorias e cinco subcategorias: **Categoria 1** - Prática gerencial do enfermeiro no PSF; **Subcategoria 1:** *Aqui é assim, você vem pra ser enfermeiro de PSF e automaticamente você já é coordenador.* **Subcategoria 2:** [...] *ser gerente não é só ser escolhido para ser gerente, você tem que ter o dom, a vontade, o prazer em ser gerente [...] é ser líder:* paradoxo entre a indicação política e o “saber ser”, “saber fazer” gerência. **Subcategoria 3:** Dialética entre a assistência e a gerência: *então assim, é um malabarismo o que a gente faz [...].* **Categoria 2** – Compreensão do Processo de trabalho gerencial do PSF; **Subcategoria 1:** Processo de trabalho gerencial: pra quê, quando, com quem e com quê. **Subcategoria 2:** Atividades gerenciais: *tudo ali é o chefe. O trabalho do chefe é assim mesmo em qualquer lugar, tomar conta de tudo.* **Categoria 3** - Alcances e limites no processo de trabalho gerencial do PSF: enfim, superamos o taylorismo? Os resultados demonstraram que a gerência está relacionada automaticamente à enfermeira, que ocupa um cargo comissionado de livre nomeação do gestor, e, as atividades gerenciais dividem espaço com as ações assistenciais da enfermeira. Há uma singularidade na gerência, quanto ao tempo, aos agentes e os modos de operacionalização. A enfermeira media a relação equipe-secretaria-usuário, ficando no centro como condutora do processo. Atividades gerenciais – avaliação, planejamento, organização, supervisão – convivem com outras administrativas – solicitações, consertos, reuniões, relatórios, controle da vida funcional dos trabalhadores -, que ocupam o tempo da gerência e lhe atribuem um caráter burocrático. Os avanços dizem respeito ao trabalho da equipe comprometida com o processo de trabalho no PSF. Os limites identificados foram a falta ou escassez de recursos materiais; burocracia e departamentalização na saúde, sobrecarga vivenciada pela enfermeira e ausência de intersetorialidade. A gerência deve ser vista numa perspectiva facilitadora do trabalho da equipe, e não, uma máquina administrativa. Gerência centrada e não centralizada, com um condutor/motivador, líder da equipe, que opera a gerência numa perspectiva compartilhada. Acreditamos no potencial para alcance de um trabalho gerencial mais resolutivo, necessitando olhar mais crítico das gerentes e da gestão, com a participação da comunidade. Seria mais que mudança, um desafio, que combinaria com a proposta do SUS e o Saúde Família.

Palavras-chave: Trabalho, Saúde da Família, Gerência, administração de serviços de saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

This study has as object the work process on management practice of the Family Health Program (FHP) developed in Jequié-BA. **General objective:** analyze the work process in the management practice of FHP. **Specific Objectives:** describe the management activities performed at the PSF; and, identifying the strategies and instruments used in work process on management practice of the PSF. We approach of the study on work process in health. We course methodological path according to dialectical thinking, with qualitative nature, being data collection techniques semi-structured interview, systematic observation and document analysis. For data analysis we approach the hermeneutic-dialectic method. Resulted in three categories and five subcategories: **Category 1** - nursing management practice in FHP; **Subcategory 1:** Here is like that, you come to be a FHP nurse and automatically you're already the coordinator. **Subcategory 2:** [...] be a manager isn't only be chosen to be a manager, you must have the gift, the will, pleasure in being a manager [...] is be a leader: the paradox between political statement and "know to be", "know-how" management. **Subcategory 3:** Dialectic between assistance and management: then, it's a juggling act that we do [...]. **Category 2** - Understanding the Process of managerial work of PSF; **Subcategory 1:** management work process: for what, when, with whom and with what. **Subcategory 2:** Managerial Activities: everything there is the boss. The boss work is like that in anywhere, take care of everything. **Category 3** - Scope and limits in the management process of FHP: finally we overcame Taylorism? The result showed that management is automatically linked to the nurse, who is a senior commissioned freely appointed by the manager, and, the managerial activities share space with nurse's health care. There is a singularity in management, regarding to operationalization time, agents and modes. The nurse mediates the relation between staff-secretary-user, being on center as conductor of process. Managerial activities - assessment, planning, organization, supervision - coexist with other administrative - requests, repairs, meetings, reports, control of workers functional life - who occupy management time and give it a bureaucratic character. The advances relate to team work committed to work process in FHP. The limitations identified were the absence or scarcity of raw materials; bureaucracy and departmentalization on health, the overload experienced by nurses and lack of intersectoral cooperation. Management should be in a facilitator perspective of team work, and not, an administrative machine. Management focused and not centralized, with a conductor/motivator, team leader, who operates the management in a shared perspective. We believe in the potential for range of a managerial work more resolute, requiring more critical view of managers and management, with community participation. Would be more than a change, a challenge, which combines with the proposal of SUS and Family Health.

Keywords: Work, Family Health, Management, health services administration, Nurse.

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AJECE	Associação Jequeense de Cegos
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERAJE	Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CI	Comunicação Interna
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DETRAN	Departamento de Trânsito
DIREC	Diretoria Regional de Ensino
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
ESB	Equipe Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPEC	Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde
FUAN	Fundação Urbano de Almeida Neto
FIJ	Faculdades Integradas de Jequié
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências
GM	Gabinete do Ministério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPREJ	Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PSF	Programa Saúde da Família
SAC	Serviço de Atendimento ao Cidadão
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SNP	Sistema Nervoso Periférico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
THD	Técnico de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde

UESB
UNOPAR
USF

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Universidade Norte do Paraná – Pólo de Jequié
Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
CAPÍTULO II	
2 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL	26
2.1 RELAÇÃO DO HOMEM COM O TRABALHO: DE MARX À CONTEMPORANEIDADE NOVO-VELHOS PARADIGMAS	28
2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: COMPOSIÇÃO, DIVERSIDADE E SUBJETIVIDADE	31
2.3 DO CONTROLE E COMANDO AO TRABALHO EM EQUIPE NO PSF: NOVOS SIGNIFICADOS PARA A GERÊNCIA	38
CAPÍTULO III	
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	49
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 CAMPO DO ESTUDO	51
3.2.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	58
3.2.2 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	62
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	71
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	76
3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	82
CAPÍTULO IV	
4 PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO PSF	87
4.1 AQUI É ASSIM, VOCÊ VEM PRA SER ENFERMEIRO DE PSF E AUTOMATICAMENTE VOCÊ JÁ É COORDENADOR	91
4.2 ‘[...] SER GERENTE NÃO É SÓ SER ESCOLHIDO PARA SER GERENTE, VOCÊ TEM QUE TER O DOM, A VONTADE, O PRAZER	104

EM SER GERENTE [...] É SER LÍDER’: PARADOXO ENTRE A INDICAÇÃO POLÍTICA E O “SABER-SER”, “SABER-FAZER” GERÊNCIA

4.3 DIALÉTICA ENTRE A ASSISTÊNCIA E A GERÊNCIA: ‘ENTÃO ASSIM, É UM MALABARISMO O QUE A GENTE FAZ [...]’ 111

CAPÍTULO V

5 COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO PSF 121

5.1 PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL: PRA QUÊ, QUANDO, COM QUEM E COM QUÊ 123

5.2 ATIVIDADES GERENCIAIS: ‘TUDO ALI É O CHEFE. O TRABALHO DO CHEFE É ASSIM MESMO EM QUALQUER LUGAR, TOMAR CONTA DE TUDO’ 157

CAPÍTULO VI

6 ALCANCES E LIMITES NO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO PSF: ENFIM, SUPERAMOS O TAYLORISMO? 168

CAPÍTULO VII

7 REFLEXÕES FINAIS 181

REFERÊNCIAS 188

APÊNDICES 200

ANEXOS 208

CAPÍTULO I

(...) estamos sempre situados na história... não podemos nos retirar do devir histórico, pormo-nos à distância dele, para que o passado seja um objeto para nós... a nossa consciência é determinada por um devir histórico real de tal modo que ela não tem liberdade de se situar em face do passado... se trata de tomar, sempre de novo, consciência da ação que assim se exerce em nós...

(GADAMER, 1999, p. 71)

1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O homem é dotado de imensa capacidade de observar, perceber, inventar e reinventar-se constantemente, estando em permanente busca e anseio por um novo saber. Contudo, ao aproximar-se das respostas que procura ao seu redor, depara-se com outras interrogações e inquietações que sempre o motiva a lançar-se mais e mais no campo infinito do conhecimento.

Essa busca humana incessante é motivada, por vezes, pela necessidade de sobreviver em grupo, de contribuir com o outro e também de encontrar-se a si mesmo enquanto ser no mundo. Não há como trabalhar apenas com a certeza sensível e verificada, pois todo fato traz consigo uma contradição e um conflito, que pode ser amenizado ou esclarecido através do diálogo com a aproximação e envolvimento de determinado objeto para a explicação da realidade (KONDER, 1987; NASCIMENTO JUNIOR, 2000).

A realidade aqui citada, diz respeito às vivências do próprio homem, que incorpora seus saberes, seus fazeres e suas conquistas. Maia (2006), numa inspiração do pensamento marxista, diz que ao longo da sua história o homem faz história e mesmo sem conseguir interpretar o mundo ao seu redor, ele o transforma. Assim, a partir das nossas experiências de vida apreendemos conhecimentos e construímos novos em um fluxo dinâmico que permeia teoria e prática, acertos e erros, num *devoir* de aprender, (des) aprender, entre caminhadas e paradas para se chegar ao desbravamento do conhecimento.

Foram experiências na área de Saúde Coletiva, que motivaram o desenvolvimento deste estudo acerca do processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família (PSF). Embora o termo aqui empregado – Saúde Coletiva – traga em si questões epistemológicas bastante peculiares que dificultam sua conceituação, ficamos à vontade ao utilizá-lo por identificarmos nele elementos do nosso objeto de estudo, e, notadamente por este campo do conhecimento, referir-se à saúde como um fenômeno social, tornando-a de interesse público.

Segundo Donnangelo (1983) a Saúde Coletiva deve ser entendida como uma delimitação aproximada do campo da saúde, considerando-a como ponto de partida, tendo em vista sua tendência de ampliação e recomposição de espaço de intervenção em seus saberes e práticas. Os espaços que constituem a área de conhecimento da Saúde Coletiva são apontados

por Nunes (2006, grifo nosso) como sendo: as **Ciências Sociais e Humanas**, a **Epidemiologia** e a **Política e Planejamento**.

Aqui, adentramos nos espaços da Política e Planejamento ao nos aproximarmos da formulação e condução de planos e programas em saúde [referindo-nos ao PSF] e do estudo das relações e do exercício do poder [referindo-nos à prática gerencial no PSF], mais necessariamente na Política de Saúde¹, que diz respeito à organização das práticas de saúde e à formulação de propósitos e diretrizes a partir das necessidades sócio-históricas e das condições de vida da população.

O PSF é o *locus* das nossas vivências, situado na Política de Saúde brasileira, como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, eleito pelo Ministério da Saúde (MS) como uma nova lógica de atenção à saúde para (re) organização da Atenção Básica. Ainda que as dificuldades para o cumprimento do intento de seus idealizadores sejam notórias, o programa faz parte do cenário político da saúde no Brasil e configura-se na atualidade com uma perspectiva de operacionalidade das mudanças necessárias quanto aos cuidados primários à saúde.

As vivências no PSF tiveram início no ano de 2001 quando participamos no processo de implantação de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de Itiruçu/Bahia, permanecendo na equipe durante dois anos, e, posteriormente, devido à aprovação em concurso público no município de Jequié/Bahia continuamos a atuar no PSF, no período entre 2004 e 2009, totalizando cerca de sete anos desenvolvendo ações, tanto assistenciais como gerenciais.

A atuação na Equipe de Saúde da Família (ESF) proporcionou-nos envolvimento com algumas responsabilidades gerenciais, ora relacionadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ora aos usuários/comunidade, que entrelaçadas repercutiam diretamente no processo de trabalho em saúde. Responsabilidades essas que, estavam diluídas em todo o fazer e operacionalizar das ações, das quais, muitas vezes, dependia o trabalho da própria equipe.

Tais ações envolviam, dentre outras, organização, planejamento, avaliação, supervisão, acompanhamento da frequência dos funcionários, escuta dos problemas dos usuários, mediação de conflitos e a manutenção da ordem e funcionamento da Unidade. Estas ações passaram a ocupar importante espaço no contexto das Unidades implantadas, sem, contudo, estarmos sendo preparados para essa função, ou melhor, sem estarmos pensando em

¹**Política de Saúde** – Ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e de seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2003a, p. 588).

uma gerência voltada ao Saúde da Família, que pudesse contribuir para a remodelagem do sistema.

Considerando que o Programa foi adquirindo espaço no cenário nacional para (re) orientação da Atenção Básica, os modos de efetivá-lo mobilizaram estudiosos e trabalhadores da Saúde Coletiva a (re) pensarem modos satisfatórios de gerenciar o serviço, que preservassem e prezassem pelo trabalho em equipe, e também, por um modelo usuário-centrado [filosofia do próprio PSF].

A prática gerencial nos proporcionou o desenvolvimento de habilidades cognitivas para atuar frente às exigências do exercício profissional, mas ao mesmo tempo suscitou inquietações quanto à esta prática na perspectiva do novo modelo de atenção à saúde, que ora se apresentava como instrumento para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Comumente, o enfermeiro tem sido encontrado atuando como gerente no PSF, fato que, possivelmente esteja associado à formação acadêmica desse profissional, ao passado histórico da profissão, sempre envolta em questões administrativas e ao seu preparo para estar à frente da equipe de enfermagem [gerência do cuidado].

Antes mesmo da implantação do PSF, o enfermeiro já exercia gerência: em unidades hospitalares (KURGCANT et. al., 1991; MARX; MORITA, 2003), em Unidades Básicas de Saúde (MIRANDA, 2007) e nos demais espaços de atuação, dentre os quais, poderíamos enunciar alguns, como clínicas particulares e serviços de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência, mas sempre voltado à gerência do cuidado e da equipe de Enfermagem.

Etimologicamente, “gerência”, ora denominada “chefia”, ora “coordenação” (termo atualmente mais empregado), corresponde à “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, unidade básica, e outros), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema” (BRASIL, 1996a, p. 8).

Por vezes, emprega-se a palavra *gerência* como sinônimo de *gestão*, o que faz sentido quando buscamos a origem destas palavras no latim – *gerentia de gerere* – ambas significam “fazer”, “gerir”. No entanto, no âmbito da saúde, gestão diz respeito à direção do sistema de saúde (Nacional, Estadual e Municipal), por meio de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996a). O gestor é responsável pela formulação de políticas a serem implementadas de acordo com as condições loco-regionais, a partir do que são definidos, tais como, objetos, prioridades, estratégias, programas e projetos (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001).

Embora o gerente utilize, muitas vezes, destas ferramentas em seu “fazer” – tomada de decisão, planejamento, projetos -, o território de ação da gerência corresponde ao espaço de um serviço de saúde, e o do gestor - num nível macro - o sistema de saúde como um todo.

Tancredi, Barrios e Ferreira (1998) dizem que, gerentes coordenam os esforços das várias partes de uma determinada organização, controlam os processos, os rendimentos e avalia os produtos finais, sendo responsáveis pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos [no caso da saúde os produtos seriam ações de cuidado], que levam a organização a atingir os objetivos propostos.

Consideramos este conceito limitado quando se trata de PSF, uma vez que, espera-se mais do que “produtos” da “organização” Saúde da Família, propõe-se uma reestruturação de um arcabouço de saúde que impacte a forma de atenção implementada e alcance a vida dos usuários.

Certamente, esta visão acerca da gerência recebe uma influência da Administração Científica² que enfatiza o cumprimento de tarefas com o aumento da produtividade, racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário sob comando da gerência, ou da Teoria Clássica da Administração³ que define o ato de administrar como: *prever, organizar, comandar, coordenar e controlar*.

Historicamente vê-se uma influência no setor saúde estando o serviço estruturado a partir de um modelo burocrático, mecanicista e verticalizado, mantendo uma linha hierárquica e com vistas tão somente à produção. A necessidade de mudanças quanto aos aspectos administrativos para uma adequação da oferta de serviços de saúde no Brasil, são evidenciadas a partir dos anos 80, quando foram propostas:

alternativas administrativas, de gestão e organização do trabalho que estão associadas, freqüentemente, à superação dos modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, na medida em que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão. Enfatizam a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; a diminuição de níveis hierárquicos; auto-gerenciamento por setores e áreas; delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões (MATOS; PIRES, 2006, p. 510).

Também é histórico na saúde o descaso das autoridades, a desarticulação dos setores e a morosidade na resolutividade dos serviços públicos no Brasil. Somando-se a isso, a

²**Administração Científica** – Iniciada no começo do século XX pelo engenheiro americano Frederick W. Taylor provocou uma revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial de sua época, preocupado em eliminar o desperdício e elevar os níveis de produtividade (CHIAVENATO, 2001).

³**Teoria Clássica da Administração** - Enquanto isso na França Henri Fayol desenvolveu a Teoria Clássica da Administração (TCA) com ênfase na estrutura que a organização deve possuir para ser eficiente. Superou a abordagem analítica e concreta de Taylor (CHIAVENATO, 2001).

inacessibilidade, a falta de qualificação profissional e precárias condições de vida de grande parte da população brasileira (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Antes de 1988 não havia uma política de inclusão, que pudesse garantir acesso da população à saúde. Um cenário de crise e decadência, nos fins da década de 1970, resultou na Reforma Sanitária que culminou com a elaboração do SUS e inclusão do direito à saúde na Constituição brasileira a todos os cidadãos.

A saúde como um bem de consumo coletivo assegurado em lei, trouxe vários desafios para a gestão do SUS, com destaque para a organização tecnológica dos modos de ofertar serviços de saúde, ou seja, uma (re) modelagem do sistema, que suplantasse os modelos hegemônicos, substituindo práticas cotidianas fragmentadas ao propor ações mais resolutivas, próximas dos usuários, de seu modo de vida e seu contexto sócio-cultural.

Os modelos de atenção à saúde são arranjos que buscam fazer a mediação entre as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde, sendo um dos fatores condicionantes da viabilidade do SUS, ao lado dos que fazem referência à macropolítica (Estado, Políticas Públicas) e à macroeconomia (financiamento, custos, orçamentos) (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Hegemônicos no Brasil estiveram o modelo médico-privatista, que se apresentava com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e o médico-sanitarista, com ênfase em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (PAIM, 2003b).

O Saúde da Família veio como uma proposta de “substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações” (BRASIL, 2000a, p. 9), além do compromisso de defender a vida do cidadão, afirmando uma indissociabilidade entre o enfrentamento do problema de saúde (clínica) e a promoção da saúde. Seria uma proposta exigente, audaciosa e contraditória? Ou seria o caso de mudanças nos trabalhadores de saúde para a reversão do quadro de descaso em que se encontrava a população?

Na operacionalização do PSF, isto significa uma reformulação de saberes e práticas que gerem mudanças na lógica de funcionamento dos serviços de saúde, com novas formas de operar o processo de trabalho, tanto no que diz respeito à assistência, como na execução de práticas gerenciais e administrativas necessárias ao funcionamento da unidade e o trabalho em equipe.

O estudo de Fracolli (1999) aponta a municipalização como responsável pelo fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios, elevando a capacidade

técnico-operacional de planejamento, programação, controle gerencial e operacionalização das ações, direcionadas ao enfrentamento dos problemas de saúde dos diversos territórios identificados no processo de trabalho em saúde.

Corroboram com este os estudos de Vanderlei (2005) e Rezende (2007) que apontam o processo de municipalização e descentralização⁴ do SUS, como preponderantes às mudanças no processo de gerência dos serviços, uma vez que, ampliaram as responsabilidades e compromissos dos gestores locais, quanto à gestão dos serviços básicos de saúde e a necessidade de expansão física e funcional da rede de atendimento.

Estudos desenvolvidos em Jequié/Bahia apontaram achados acerca do PSF no município que acrescentam elementos à relevância deste estudo. O estudo de Nascimento (2003) foi desenvolvido numa perspectiva da atuação da enfermeira no PSF e os estudos de Rodrigues (2004), Silva (2006) e Pires (2007) foram voltados para a equipe de Saúde da Família (ESF). Contudo, todos trazem conteúdos significativos para um primeiro olhar acerca do PSF no município de Jequié onde buscamos situar o objeto do presente estudo.

Nascimento (2003) identificou em sua dissertação de Mestrado que a atuação da enfermeira é predominantemente assistencial, seguida da prática gerencial. Atua também na área educativa e política, porém de forma incipiente. Além dessas observações, pontuou que a “prática gerencial tem contribuído para a sobrecarga de trabalho da enfermeira na USF” (NASCIMENTO, 2003, p. 136).

O estudo sobre Planejamento em Saúde no PSF em Jequié trouxe elementos marcantes sobre a gerência e assinala que o enfermeiro é tido como o sujeito que “tem o maior ‘poder’ no PSF, seja como coordenador da ESF, ou seja, nas ações de tomada de decisões, elaboração de proposta de planejamento do trabalho da equipe e condução das reuniões” (SILVA, 2006, p. 190). Ainda neste estudo, o enfermeiro é identificado como ‘centro’ do comando da equipe e mesmo que isto o sobrecarregue, muitas vezes ele se encontra “apegado à coordenação” com uma visão reducionista, centralizada e normativa.

⁴**Municipalização e descentralização - Municipalização** - Ampliação da autonomia política dos municípios, significando uma redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). **Descentralização da saúde** – Distribuição de poder do nível central aos outros entes federados – estados e municípios – sem deixar de garantir o cumprimento de suas responsabilidades em relação à saúde. Corresponde a um dos princípios organizacionais/operativos do SUS e diz respeito à gestão do sistema, redistribuição de recursos financeiros e responsabilidades dos entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar o que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem (BRASIL, 2000b).

Rodrigues (2004) em seu estudo aborda a proposta pedagógica do Treinamento Introdutório⁵ das ESF e a problemática do trabalho em equipe, ressaltando a necessidade de instrumentalizar os membros para uma atuação numa lógica de prevenção de doenças e promoção da saúde, embora o discurso seja um e a prática seja outra, o que resulta em conflitos na relação entre gestores e trabalhadores de saúde.

Neste estudo é interessante observar que o Treinamento Introdutório em momento algum traz elementos acerca do processo de trabalho na prática gerencial do PSF, apenas alguns elementos de gerência, tais como, planejamento e programação local, avaliação de atividades e sistema de informação em saúde.

Pires (2007) traz uma abordagem acerca da integralidade do cuidado no processo de trabalho das ESF e pontua em seu estudo uma sobrecarga de atividades na equipe devido a elevadas demandas nas áreas de abrangência, bem como dificuldade no apoio institucional (material, transporte e outros), o que interfere na oferta de uma assistência integral aos usuários do serviço e, conseqüentemente, no processo de trabalho em saúde no PSF.

Quando tomamos o termo processo de trabalho em saúde, estamos nos referindo a

um trabalho da esfera não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência à saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; a aplicação de medicações; ações preventivas; individuais ou coletivas; ações de cuidado e/ou conforto; orientações nutricionais. (PIRES, 1999, p. 29-0).

O processo de trabalho em saúde, com suas particularidades prevêm adequações no que tange à gerência para uma oferta de serviços compatíveis com as novas demandas organizacionais do setor saúde. E, quanto ao PSF, o Ministério da Saúde (MS) elencou o processo de trabalho das ESF, que consta na portaria de nº. 648/Gabinete do Ministério (GM) de 28 de março de 2006 e mescla ações gerenciais e assistenciais (ainda que isto não esteja descrito dessa forma).

Com características assistenciais elencamos: a execução de atividades mediante priorização de solução dos problemas mais freqüentes; o desenvolvimento de ações educativas e práticas do cuidado familiar ampliado; as ações focalizadas sobre grupos de

⁵**Treinamento Introdutório** – Constitui um dos pilares da capacitação das ESF, abordando princípios e diretrizes do SUS, bases doutrinárias da atenção primária à saúde, desenvolvimento do trabalho em equipe, processo de territorialização, diagnóstico da saúde da população adscrita e desenvolvimento de técnicas de mobilização social (BRASIL, 2001a, p. 1).

riscos e fatores de riscos comportamentais; a assistência básica integral e contínua, num atendimento acolhedor; a valorização de saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2006a).

Com características gerenciais (por não estarem diretamente relacionadas à assistência, e sim, à organização do PSF), elencamos: a definição do território, mapeamento, cadastramento das famílias; as ações intersetoriais; a participação da equipe no planejamento e na avaliação das ações; o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social; o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; a promoção e estímulo à participação da comunidade no planejamento, na execução e na avaliação das ações; o acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006a).

Portanto, o processo de trabalho das ESF é estruturado para promover uma ruptura com o modelo de atenção à saúde, biomédico-hegemônico, privilegiando o trabalho em equipe para a construção de uma nova prática, capaz de intervir sobre a saúde do indivíduo e da coletividade a partir de um olhar integral de uma equipe de saúde. A gerência no PSF, particularmente, se constitui em uma ferramenta indispensável para o desempenho da equipe e tem adquirido certa valorização nas últimas décadas.

As funções gerenciais, portanto, estão distribuídas para todos os membros da equipe, na referida portaria (nº. 648/2006) incluídas nas atribuições de cada profissional (médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de consultório dentário, técnico de higiene dental, auxiliar/técnico de enfermagem), no item “*participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF*” (BRASIL, 2006a, p. 47, grifo nosso), exceto os ACS.

Considerando o que está posto na Política Nacional de Atenção Básica, acrescentando, muitas vezes, a gerência à prática do enfermeiro da equipe, em um espaço novo de gerência, que é o Saúde da Família, inquieta-nos conhecer o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, quem faz gerência em Saúde da Família, como se faz esta gerência, quando e com quem esta gerência é feita e, como está organizada. Estas inquietações compõem o processo de trabalho na prática gerencial e este é o objeto do presente estudo.

Assim, somando vivências de práticas gerenciais no PSF, com o olhar sobre a aplicabilidade dos princípios do SUS, buscando uma (re) significação da gerência como uma ferramenta potente no processo de mudança aguardada no PSF, tanto no modelo de atenção à saúde, como de gestão, especialmente no município de Jequié, para que este cumpra o seu

intento de (re) organizar as práticas de saúde, encontramos-nos motivados para aprofundar a reflexão desta temática.

Conhecendo o objeto deste estudo - **Processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família em Jequié/Bahia** - no sentido de delimitá-lo, foram elaboradas as seguintes **questões norteadoras**:

- Como ocorre o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA?

- Como se caracteriza o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA?

- Quais as estratégias/instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial nas Unidades de Saúde da Família no município de Jequié-BA?

Para tanto, consideramos que tais objetivos listados abaixo possam contribuir para desvelá-las:

Objetivo geral:

- **Analisar** o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA.

Objetivos específicos:

- **Descrever** as atividades gerenciais desenvolvidas no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA;

- **Identificar** as estratégias/instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA.

O desafio em trazer a discussão acerca da temática traduz a sua relevância, uma vez que, a possibilidade da utilização da gerência no contexto do processo de trabalho da ESF, como uma ferramenta eficaz para a transformação de práticas e contribuição para o processo de reorganização da Atenção Básica, torna-se então, desta forma fundamental estudá-la, compreendê-la, caracterizá-la, defini-la, para buscar elucidar questões relacionadas à operacionalização no âmbito do PSF, especialmente a sua forma de operar no cotidiano do gerente, no que diz respeito ao seu processo de trabalho.

Elucidar tais questões favorecerá maiores definições no âmbito do processo de trabalho gerencial no PSF, responderá a algumas interrogações decorrentes das lacunas existentes no campo do conhecimento e execução das práticas gerenciais, bem como, possibilitará aos gestores, gerentes e demais construtores da saúde, ferramentas para melhor desenvolvimento de sua efetivação, e organização, inclusive, com propostas de enfrentamento, reorganização e adequações apropriadas para um desempenho compatível com

o nível de excelência exigidos pelo PSF e os princípios do SUS, com a aplicabilidade das tecnologias disponíveis a uma prática gerencial favorável ao alcance de mudanças no modelo de atenção à saúde.

Buscando operacionalizar este estudo sobre o Processo de Trabalho na Prática Gerencial do Programa Saúde da Família, elaboramos pressupostos teóricos que darão sustentação ao objeto de estudo que ora nos dispomos a estudar:

✓ O processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família é caracterizado dentro de uma perspectiva burocrática, mecanicista, verticalizada, voltado para controle e comando de pessoal, sendo as ações de gestores e gerentes, em sua maioria, fundamentadas em uma abordagem tradicional, que centraliza os processos decisórios e produz pouco impacto na implementação das mudanças das práticas gerenciais no fazer cotidiano das equipes.

✓ O processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família apresenta limites em sua implementação, pois é desenvolvido por profissional enfermeiro concomitante às suas atividades assistenciais, levando-o em vários momentos a fazer “escolhas” entre “gerenciar” e “assistir”, o que ocasiona acúmulo de atividades, sobrecarga de atribuições, prejuízos à assistência e conflitos na gerência.

CAPÍTULO II

Nossos conhecimentos são apenas aproximação da plenitude da realidade, e por isso mesmo são sempre relativos; na medida, entretanto, em que representam a aproximação efetiva da realidade objetiva, que existe independente da nossa consciência, são sempre absolutos. O caráter ao mesmo tempo absoluto e relativo da consciência forma uma unidade dialética indivisível.

(BACHELARD, 1967, p. 233)

2 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

O estudo do Processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família (PSF) nos impulsiona a uma maior compreensão e aprofundamento de alguns conceitos que dão sustentação teórica ao objeto. Tais conceitos - *trabalho, processo de trabalho e gerência* - perpassam por questões que residem além das fronteiras do campo da saúde, mas que são alicerce para a operacionalização das práticas e ações neste setor. Estão incorporados ao dia-a-dia dos trabalhadores da saúde, enunciados pelos termos *processo de trabalho em saúde e gerência de Unidades de Saúde*.

Ainda que haja uma diversidade das “coisas em si” e que a realidade seja “um todo dinâmico, em permanente desenvolvimento, em unidade de contrários, cujo conhecimento é um processo de conquistas de verdades relativas, como parte de uma verdade única e absoluta” (MINAYO, 2008, p. 340), há elementos que subsidiam o conhecimento e tornam-se imprescindíveis para a elucidação de um marco teórico. Por isso propomo-nos a um diálogo com alguns autores que discutiram ‘processo de trabalho’, e outros, que vêm discutindo valorizando a historicidade e a realidade entre a base material e as suas representações.

Buscamos, portanto, como marco teórico nesse estudo as idéias de Marx acerca da relação homem/trabalho chegando a Mendes-Gonçalves (1992; 1994), que introduziu o conceito de trabalho em saúde e sua composição. Visitamos também estudos de Merhy (1997; 1999; 2002), Campos (1997; 1998), Antunes (2000), Pires (1999), Mishima et. al. (2003), Lunardi Filho e Leopardi (1999) participantes da construção do referencial acerca do processo de trabalho em saúde e da gerência em saúde.

Em alguns momentos estaremos utilizando os termos gestão e gerência no mesmo contexto pela proximidade do significado de “administração de serviços” ou exercício de poder, como a origem dos nomes sugere e como encontramos em algumas literaturas. Utilizaremos dessa forma: gestão/gerência. Não falaremos de gestão, enquanto um nível acima de gerência. Quando utilizarmos desta forma, os termos estarão separados na frase.

A partir desse embasamento teórico acreditamos compreender as raízes históricas e conceituais do processo de trabalho e, por conseguinte estabelecer uma relação com o objeto do estudo centrado na prática gerencial das Unidades de Saúde da Família (USF). Se não nos atentarmos aos fatos situados historicamente corremos o risco de emitirmos pontos de vista

alheios e descontextualizados, o que seria um risco, pois os acontecimentos são processuais e justificados pela sua existência ao longo do tempo.

Segundo Minayo (2008, p. 341, grifo da autora):

- Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se. Cada ser (pessoa, grupo, instituição, animais, plantas) está submetido à lei interna do movimento, **contém em si o passado, mas está em plena realização**. As coisas, as realizações e as idéias transformam-se em virtude das leis internas de seu autodinamismo. – Há um encadeamento nos processos. Por exemplo, a flor se transformou numa goiaba que se transformará em árvore e que um dia morrerá, recompondo o ciclo dos outros momentos vitais de mudanças. Mas nunca será a mesma goiaba, nem a mesma árvore, pois os processos se dão em espiral e não em forma linear ou circular. **O que vem é uma promessa, poderá ou não acontecer, mas nunca será uma mera repetição**. - Cada coisa traz em si sua contradição, sendo levada a transformar-se em seu contrário. O vivo marcha para a morte porque vive; a felicidade contém a dor que virá e assim por diante. [...] **Qualquer coisa que se concretiza é apenas um momento, uma síntese de sua afirmação e de sua negação**.

Não pretendemos realizar uma análise aprofundada do trabalho geral, contudo os aspectos que aqui serão discutidos evidenciam algumas das condições, características e natureza deste, as quais refletem na prática dos trabalhadores em saúde, daqueles que com sua força de trabalho “operam” ora a gerência dos serviços de saúde, ora o próprio cuidado, e, em alguns momentos, vêm-se imbuídos da operacionalização do cuidado e da gerência simultaneamente.

O diálogo com os autores/teóricos favorece a compreensão do processo de trabalho na prática gerencial do PSF na busca por ouvir e interagir com o contexto historicamente construído dos termos/conceitos básicos propostos. Por isso, iniciamos um diálogo a partir do conceito de *processo de trabalho* e depois adentramos no campo da saúde pretendendo uma melhor visualização sobre *processo de trabalho e gerência em saúde*.

2.1 RELAÇÃO DO HOMEM COM O TRABALHO: DE MARX À CONTEMPORANEIDADE NOVOS-VELHOS PARADIGMAS

A palavra trabalho deriva do latim *tripalium*, que significa instrumento de tortura o qual era utilizado para a punição de criminosos que, ao perderem a liberdade eram forçados a exercer atividades laborativas penosamente. Traz-nos uma idéia de sofrimento, punição, castigo. Em outros idiomas – *work, labour* (inglês), *travail* (francês), *arbeit* (alemão), *ponos* (grego) – a palavra trabalho tem a mesma raiz de fadiga, algo penoso e sofrido.

Na língua portuguesa trabalho também implica em algo que impõe esforço e é dito como “aplicação das forças físicas e das faculdades mentais na execução de alguma obra;

exercício profissional de alguma atividade produtiva e legalizada; [...] lida, esforço; [...] empreendimentos, aflições” (XIMENES, 2000, p. 917).

Historicamente, o homem sempre se apropriou do trabalho para interagir com a natureza, utilizar seus bens e sobreviver. O trabalho é inerente ao homem. Ao longo da história o trabalho adquiriu conotações variadas (trabalho para si, para outrem, trabalho escravo, trabalho assalariado) sendo, portanto, tais contradições e mudanças parte inerente da complexidade que permeia o termo *trabalho*.

Alguns teóricos, no entanto, tornaram perceptíveis transformações na conceituação do trabalho ao abordá-lo numa perspectiva mais positiva. John Locke abordou trabalho, como fonte de propriedade; Adam Smith como fonte de toda a riqueza e Karl Marx o definiu como fonte de toda a produtividade e expressão da humanidade do ser humano (DE DECCA, 1985).

Na vertente marxista o trabalho não pode ser visto como algo independente de uma formação social, pois mediante atos produtivos o homem modifica a natureza, adquire meios de subsistência e então passa a reproduzir a sua própria vida. O homem e a natureza mutuamente se transformam, tornando-se constituído e constituinte de uma conjuntura sócio-histórica. O trabalho resulta de uma carência e possibilita a satisfação de necessidades materiais e não-materiais permitindo também uma livre criação (MENDES-GONÇALVES, 1994; MISHIMA et. al., 2003).

Ao modificar a natureza o homem modifica a si mesmo numa relação dialética, gerando um processo histórico, que o distingue dos demais animais, que apenas se adaptam e respondem instintivamente ao meio. A existência humana é criada e recriada pela ação consciente do trabalho e possui certa autonomia com relação à natureza podendo projetar-se, criar alternativas e tomar decisões. O trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da vida humana e é uma condição necessária em qualquer tempo e espaço social (ANTUNES, 2000).

Merhy (1997; 2002), por caminhos do pensamento marxista, afirma que o trabalho não pode ser visto apenas como a mera execução de uma atividade, mas sim, uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção, ou seja, o trabalho “produz” o homem ainda que seja fruto deste, e por ser produzido socialmente assumindo formas históricas que se modificam a depender das necessidades, possui dimensões que o tornam peculiar: *a sociabilidade e a historicidade*.

O mesmo autor faz menção à comparação feita por Marx entre um arquiteto e uma abelha evidenciando que o trabalho desta, ritualisticamente, utiliza os mesmos materiais e da mesma maneira produz sua colméia e suas favas. Já o trabalho humano parte de uma

construção prévia, uma elaboração em sua mente de um projeto que dá certo sentido de alcançar a sua realização. Pertence unicamente ao homem a capacidade de idealizar mentalmente o ato de trabalho e a isto se chama *intencionalidade*, por refletir a intenção, a finalidade do trabalhador que idealizou o produto em sua mente, antes mesmo de iniciar a sua concretização.

Para a execução do trabalho em si o homem opera uma transformação no objeto sobre o qual utiliza instrumentos de trabalho para a obtenção de produtos, com um objetivo específico. Então, além de pensar o objeto o homem também é capaz de pensar os instrumentos para alcançar o produto final do seu trabalho. Não é só o que se faz, mas com que meio de trabalho se faz que marca os tempos históricos da humanidade e indica as condições sociais nas quais se trabalha.

Lunardi Filho e Leopardi (1999) ressaltam que o trabalho humano é diferenciado não só pela sua capacitação (até porque o trabalho das abelhas é brilhante), mas, principalmente, pelo seu caráter proposital e inteligente, que lhe confere uma adaptabilidade infinita e produz condições sócio-culturais para ampliar a sua própria produtividade de forma até excedente. Daí a necessidade de uma organização no trabalho humano.

É a ação do homem (e da sociedade) sobre a natureza que gera a riqueza e transforma algo que está lá posto – a matéria prima, tal como, a mina de ouro, a madeira, ou uma queda d'água - por intermédio de instrumentos e com certo modo de organização desse trabalho que garante meios de sobrevivência e de “fazer a vida” acontecer.

Então, diríamos que a própria organização do trabalho também é uma produção humana e tão somente humana, uma vez que, os demais animais, ainda que produzam de forma espetacular e organizada as suas casas (lembramos o João de barro) ou seus meios de sobrevivências (lembramos as formigas), eles não se produzem a si mesmos e nem se relacionam socioculturalmente mediante o trabalho.

O trabalho para o ser humano, principalmente na sociedade capitalista, é algo tão marcante e necessário que se confunde até com a própria dignidade humana, ou seja, tem trabalho, produz? É digno. Não tem? Desvaloriza-se o ser humano. É como se para “ser” é necessário “ter” e para “ter” é necessário “trabalho”. Essa associação trabalho/bens de consumo/valorização resalta a importância do trabalho na vida humana e dá certo poder ao trabalhador, um autogoverno (MERHY, 2002) e, muitas vezes, diz quem é o trabalhador diante do seu trabalho e qual o significado do trabalho para o trabalhador.

Não deveria ser motivo de tanta angústia o trabalhar ou não, pois muitas vezes, as buscas são vãs e efêmeras e nem sempre o produto do trabalho será para usufruto de quem o

produziu. Talvez lhe traga maiores tristezas por não poder jamais consumir o que ele mesmo produziu. Contudo, deve sempre ser lembrado que o trabalho existe para o homem e não o homem para o trabalho, por isso que, o produzir deve ser mais que um rito precisa ser associado ao prazer e ao desejo de estar ali produzindo e ao mesmo tempo produzindo a sua vida como pessoa e ser no mundo.

Teoricamente, Marx, abordou os elementos que compõem o processo de trabalho humano que são: **o próprio trabalho** (a atividade adequada a um fim); **o objeto do trabalho** (matéria a que se aplica o trabalho) e **os instrumentos** ou meios do trabalho. O objeto é submetido à vontade do trabalhador para a transformação da matéria natural e obtenção do produto final (MENDES-GONÇALVES, 1992, grifo nosso).

Em saúde, esses elementos que compõem o processo de trabalho assumem algumas particularidades desde o momento do “pensar” e “fazer” saúde até a produção dos “bens de consumo”, passando pelos instrumentos a serem utilizados, o objeto e a finalidade do agir em saúde, a respeito das quais nos debruçamos para melhor compreensão dessa teoria.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: COMPOSIÇÃO, DIVERSIDADE E SUBJETIVIDADE

Mendes-Gonçalves (1992; 1994), ao co-relacionar o processo de trabalho com as práticas de saúde compreendeu pioneiramente saúde enquanto trabalho, devido às ações e serviços neste setor, serem realizadas para atender a um fim – *intencionalidade* - que seria operar sobre as necessidades humanas. Sendo tais necessidades de caráter histórico, afirma também que a saúde possui *historicidade*, além de *sociabilidade* devido ao seu objeto envolver o homem em sociedade.

O que conduz um consumidor - que em saúde chamamos de usuário - ao serviço de saúde, são as ‘necessidades de saúde’. Sejam de caráter individual ou coletivo, geram o encontro entre o usuário e o produtor - que chamamos de trabalhador de saúde. Nesse encontro também surge um mediador que é o representante legal da gestão/gerência - o gerente -, responsável pelas condições favoráveis ao cumprimento do intento do trabalhador de saciar a necessidade de saúde do usuário (a respeito do qual falaremos em tópico posterior).

Merhy (2007, p. 16) fala desse encontro

de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (as necessidades), mediados por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo.

De e em tal encontro dar-se-á a produção do bem a ser ‘consumido’ - os *atos de saúde*, que se configuram subjetivamente, por suas inúmeras motivações, transformadas em problemas de saúde, que no momento afligem o usuário e o conduz ao serviço. Pode-se falar de um sofrimento, ou um risco de sofrimento, que o usuário traduz em motivo de busca. É subjetivo, portanto, por trazer em seu bojo questões histórico-sociais bastante peculiares e que variam com o tempo, local e cultura aonde acontecem.

Ferreira, Andrade e Franco (2009) fazem alusão ao trabalho em saúde como um processo relacional que envolve trabalhador e usuário e uma série de expectativas e produções que às vezes são atendidas e em outras não. O cumprimento ou não do intento do trabalhador e do usuário dependerá, muitas vezes, de como está organizado o processo de trabalho e dos saberes e práticas envolvidos na intervenção sobre o problema/necessidade. Não se pode perder de vista, que estamos em um campo repleto de subjetividades, que em se tratando de cuidado em saúde envolve emoções, sentimentos, aspirações.

De uma forma geral, o trabalho em saúde encontra-se estruturado dentro de uma lógica, na qual uma equipe composta por trabalhadores de saúde, com saberes e práticas diferentes, atua à medida que, indivíduos sentem alteração/ões no seu estado de saúde e recorrem ao serviço em busca da solução do seu problema.

Para tanto, são construídas rotinas nos serviços de saúde, ora voltadas aos usuários, ora aos trabalhadores, de modo a suprir tais necessidades. Destarte, o processo de trabalho em saúde envolve diversos atores e também saberes (tecnologias), a respeito dos quais, poderíamos dizer: há o que trabalha (produtor/trabalhador); há para quem este trabalha (consumidor/usuário); sobre o que (matéria-prima/objeto); com que (instrumentos) e para que (finalidade).

Merhy (1997) diz que, havendo o encontro do usuário com o trabalhador em saúde, o produto do trabalho deste se dá no ato da sua execução, - o *trabalho vivo em ato* - no momento da “fabricação” do bem de consumo que seria o cuidado ou a satisfação da ‘necessidade de saúde’ do usuário. Mishima et. al. (2003) corrobora com esta idéia, afirmando que esta é uma característica do trabalho em saúde que o diferencia dos demais, pois não se armazena saúde como carros e bens, pois saúde é um bem simbólico e o carro é um bem material.

A produção/consumo do *trabalho vivo em ato* resulta na construção de um espaço intercessor entre o trabalhador e o usuário no qual se manifestam as necessidades de saúde que conduziram o usuário a este encontro. Além desse espaço intercessor, a produção do trabalho vivo em ato possibilita ao trabalhador uma apropriação dos meios/instrumentos para (re) criação do trabalho e (re) criação de si mesmo e dos outros, sentindo-se produto e produtor do trabalho (MISHIMA, et. al., 2003).

Além do trabalho vivo, há também no processo de trabalho em saúde, o *trabalho morto*, que são ferramentas ou matérias-primas resultantes de um trabalho vivo anterior e que se encontram ‘cristalizados’, estando já instituído para contribuírem na produção do trabalho vivo em ato ora instituinte.

No processo de trabalho em saúde a produção é centrada no *trabalho vivo em ato*, ou seja, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2009, p. 430). Além disso, distingue-se de outros processos produtivos onde o trabalho vivo em ato é enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modelo de produção.

O processo de trabalho em saúde é complexo, dinâmico, diversificando-se, principalmente, de acordo com os atores, com os saberes utilizados, pelas necessidades de saúde a serem atendidas e o cenário/local da prática de saúde a ser elaborada. Diríamos que está sujeito à mesma composição do trabalho em si, porém os elementos nesse processo poderiam ser representados na Figura 1.

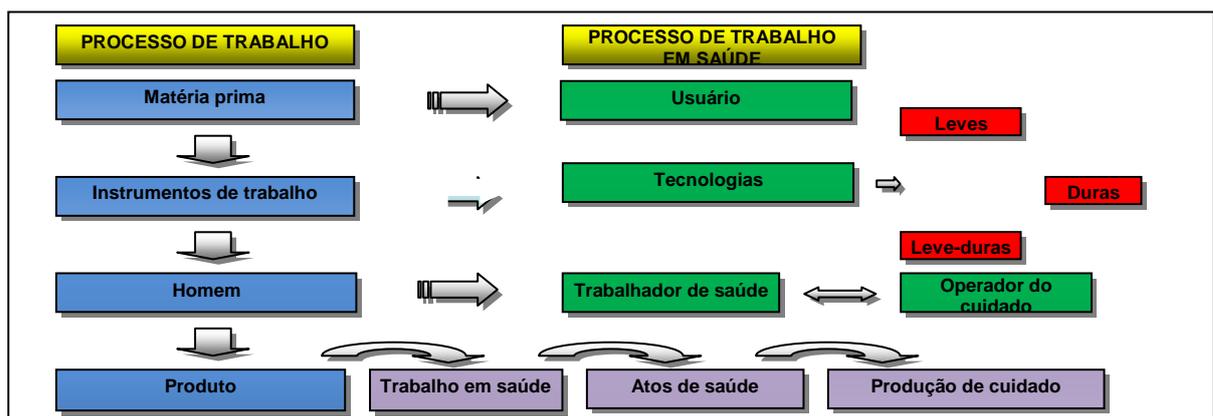


Figura 1 Composição do Processo de Trabalho em saúde elaborada a partir dos estudos de Mendes-Gonçalves (1992; 1994) e Merhy (1997; 2002).

Os estudos de Mendes-Gonçalves (1992; 1994) em saúde, identificaram os seguintes elementos no processo de trabalho: o *objeto do trabalho*, os *instrumentos*, a *finalidade* e os *agentes*. Discutiremos acerca de cada um destes introduzindo a idéia de Mendes-Gonçalves e de alguns outros estudiosos.

Mendes-Gonçalves sinaliza que o *objeto do trabalho* em saúde seriam as próprias necessidades de saúde ou tudo aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Pires (1999) exemplifica o objeto como o indivíduo ou grupo de doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando de medidas curativas, ou preventivas.

Então, o objeto e o usuário/consumidor se confundem, pois o próprio objeto traz consigo potencialmente o produto e estes estão ligados diretamente ao usuário/consumidor. Dir-se-ia então que a “matéria-prima” seria a cura? Ou o cuidado? A produção do cuidado? Ou o próprio homem? Ora, se o objeto do trabalho, diz respeito a tudo aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador, então, o objeto é o próprio homem/usuário.

De forma contrária, Campos (1997) aponta uma relação de desequilíbrio de poder entre o trabalhador e o usuário, à medida que o primeiro, reduz o segundo, à condição de objeto, como se o usuário estivesse mais próximo de um estado de “coisa” do que de sujeito ativo em um processo de cura ou reabilitação. A idéia de objeto, então, pode enunciar situações conflituosas a depender do modo como o trabalhador entende esta relação entre ele e o usuário do serviço.

Analogamente, entre o processo de trabalho em uma indústria e na saúde, de acordo com a teoria do processo de trabalho, dir-se-ia que o objeto naquela seria a matéria-prima (couro, aço, madeira) e nesta seria o próprio usuário levando em si a produção do cuidado (e não somente a cura), que gera o produto final (cura, cuidado, promoção da saúde, gerência ou organização do serviço). O usuário, portanto, se torna co-responsável pelo sucesso (ou insucesso) na produção do cuidado (MERHY, 1997).

O objeto/usuário embora comparado à matéria-prima, não deve ser considerado como algo frio, estático, como se subtraída toda a sua humanidade. Isto seria um risco terrível à continuidade do processo de trabalho em saúde, refletindo em um (des) compromisso do trabalhador com a vida humana. E quando Mendes-Gonçalves alude ao usuário enquanto objeto, ele não se afasta da idéia de que o mesmo “objeto”, também é consumidor e o modo como o trabalhador estará tratando-o resultará de como recebe, vê e acolhe este objeto/consumidor/usuário.

Campos (1997, p. 245) faz as seguintes interrogações acerca de como tratamos os usuários:

[...] coitadinhos, ignorantes e carentes; ou como consumidores exigentes? Seriam vistos e manipulados como se fossem doenças desencarnadas de pessoas concretas; ou ainda como clientes a serem cativados por interesses econômicos; ou como figuras culpadas pela própria enfermidade, desleixados que, por descuido, lascívia ou imprevidência, contraíram moléstias?

O trabalhador em saúde deve lembrar sempre que o seu “fazer” atende à necessidades não-materiais e subjetivas, como dito anteriormente, e isto nos leva a refletir acerca de sentimentos, incertezas, inseguranças e fragilidades do ser humano, e, o existir ou não do resultado final, o meio utilizado para alcançá-lo e a finalidade ali embutida, podem refletir em ganhos ou prejuízos à vida do usuário e também do trabalhador.

Para Merhy (1999), a produção de cuidado no e para o homem é complexa, tensa e conflitiva, pois nem sempre os modos de cuidar são “cuidadores” e se o produto final é o cuidado e o bem-estar do outro, seria o caso então de nem sempre este produto estar sendo visualizado nas práticas de saúde.

Produzir atos de saúde, seja no plano individual ou coletivo, requer a ação ou o ‘pensar’ e agir do trabalhador – *atos vivos* – sobre a matéria-prima/objeto mediante certo “saber tecnológico”, certo “saber fazer” que favoreça a concretização do produto idealizado, utilizando para isso instrumentos (materiais ou não-materiais) previamente pensados que dão subsídios ao trabalho em saúde e mediam as relações intercessoras entre usuários e trabalhadores, espaço privilegiado de tensões, no qual usuário e trabalhador encontram a possibilidade de estabelecerem, no campo das subjetividades, seus vínculos e produzirem saúde enquanto sujeitos ativos do processo.

Quanto aos *instrumentos do trabalho* Mendes-Gonçalves (1992; 1994) refugia-se nas idéias de Marx para denominá-los como uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si e o objeto para dirigir suas atividades sobre o próprio objeto. De ordem material são exemplificados por medicamentos, insumos, impressos, equipamentos e outros. Não-material, diríamos saberes, gestão, vínculo e outros que contribuem para a apreensão e transformação do objeto de trabalho.

Pires (1999) denomina o instrumental de trabalho de “instrumentos e condutas” que representam o nível técnico do conhecimento. Na complexidade do processo de trabalho em saúde, nota-se que o conjunto de intervenções assistenciais e gerenciais requer a utilização de instrumentos, que implica em um saber tecnológico, que vá além do material para a operacionalização do trabalho vivo em ato.

Emprega-se comumente o termo *tecnologia*, referindo-se

ao saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais, que se constituem dentro dos processos de trabalho e dão um sentido técnico ao processo, bem como um sentido social articulado (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 127).

Então, instrumentos de trabalho são estas tecnologias, revestidos de saberes tecnológicos, elaborados para a produção do trabalho propriamente dito, frutos de um trabalho anterior, mas com um fim ainda por existir, que é a produção do cuidado mediante a utilização desses instrumentos. Seria a concretização do trabalho morto, que convive com o trabalho vivo em ato, no qual o processo de trabalho em saúde está centrado.

Os estudos de Merhy (1997; 1999; 2002), defendem que tecnologias no trabalho em saúde configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, encontros de subjetividades para além dos saberes tecnológicos estruturados. Daí, (re) significando o conceito de tecnologias em saúde, Merhy classifica-as em tecnologias: *duras, leve-duras e leves*.

As *tecnologias duras* correspondem a ferramentas-máquinas, aparelhos, instrumentais, equipamentos tecnológicos; as *tecnologias leve-duras* estão presentes nas atividades de saúde como um conhecimento organizado, normatizado, que são saberes concretizados nas práticas profissionais, como por exemplo, a clínica do médico, do odontólogo, o taylorismo, o fayolismo.

E as *tecnologias leves* estão presentes na interação usuário-trabalhador, e se manifestam a partir de um trabalho vivo em ato, construído na intersubjetividade da fala, da escuta e refletido através do acolhimento, vínculo e aceitação, não palpáveis, mas, tão necessárias nas relações estabelecidas nas instituições de saúde para a produção de qualidade no sistema expressa em resultados como maior defesa possível da vida do usuário (MERHY, 1999).

Ressalta que, devido à complexidade do trabalho em saúde, há necessidade de uma conformação adequada da relação entre as tecnologias para alcance da qualidade esperada, refletida na assistência e produção do cuidado (individual ou coletivo) (MERHY, 1999). Contudo, enfatizamos as tecnologias leves e leve-duras, como o campo que abriga as possibilidades de captura do trabalho vivo, pelo morto e vice-versa, nos diversos modos de operar saúde, já constituídos em nossas unidades e que se apresentam como ferramentas imprescindíveis em um trabalho de natureza intelectual como é o da saúde.

No campo subjetivo e impalpável, e ao mesmo tempo real, das tecnologias leves e leve-duras reside a *finalidade* do processo de trabalho em saúde, que representa a intencionalidade do que se deseja alcançar com aquela ação/serviço. É aquele projeto prévio que habita inicialmente na mente do trabalhador (MENDES-GONÇALVES, 1994) e que caminha para a transformação do objeto e superação da necessidade de saúde do usuário.

Mediante a inter-relação desses saberes (tecnologias leve-duras) com os modos de alcançar o usuário (tecnologias leves) é possível apreender o objeto em saúde.

E de tudo o que compõe o processo de trabalho em saúde a interseção entre o objeto e as tecnologias para o alcance da finalidade é feita pelo *agente do trabalho*. Por meio da ação do agente (trabalhador de saúde) é que ocorre o trabalho vivo em ato.

Mesmo com a introdução no campo da saúde de uma variedade de equipamentos e sofisticação, que revolucionaram o proceder dos trabalhadores, dando até mesmo, em alguns momentos, maior garantia de defesa da vida do usuário, sem o agente/trabalhador em saúde não há processo de trabalho, pois em saúde é fundamental a inter-relação usuário/necessidade de saúde/trabalhador de saúde.

Merhy e Franco (2009) trazem uma abordagem acerca desse agente, dizendo que o trabalho em saúde é sempre coletivo, não há trabalhador que possa dar conta, sozinho, das necessidades de saúde que lhes são apresentadas. Ainda que os instrumentos/ferramentas de cada um sejam diferentes (caixa de ferramentas ou valizes tecnológicas, como os autores sugerem), somente mediante a soma das ações de todos há o alcance da finalidade pré-estabelecida.

Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do 'trabalho em saúde': cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende dessa troca, deste empréstimo (MERHY, FRANCO, 2009, p. 431-2).

Soma-se então saberes (do médico, do enfermeiro, dentista, nutricionista, agente comunitário de saúde e outros) para a produção do cuidado. E ainda que, de formações diferentes, com histórias diferentes, as ferramentas dos agentes/trabalhadores de saúde se assemelham no campo das relações, ou melhor, das tecnologias leves.

Nesse mesmo campo, se efetiva também os processos de gestão/gerência dos estabelecimentos de saúde, no qual se fazem presentes o trabalho vivo em ato, os agentes envolvidos direta e indiretamente na administração dos serviços e as finalidades interpostas no processo de trabalho na prática gerencial que se constitui, neste momento, em nosso objeto de busca e estudo.

2.3 DO CONTROLE E COMANDO AO TRABALHO EM EQUIPE NO PSF: NOVOS SIGNIFICADOS PARA A GERÊNCIA

Até o século XIX as organizações, de um modo geral, eram “administradas” sob influência de princípios religiosos (Igreja Católica – autoridade, assessoria e coordenação) e também militares (unidade de comando, hierarquia e disciplina) (CHIAVENATO, 2001). Na saúde, não era diferente, os serviços em sua grande maioria oferecidos por Santas Casas de Misericórdia e hospitais eram administrados por instituições públicas e filantrópicas lideradas por eclesiásticos e/ou sob regras rígidas como no militarismo.

O trabalho era realizado de modo bastante artesanal, não havendo, até então, uma divisão das tarefas. O trabalhador possuía conhecimento do todo em sua produção. Na saúde, havia uma predominância da prática médica, sendo a cura seu bem preferido, embora contasse com poucos recursos para o seu alcance.

Havia uma aproximação do trabalhador da saúde do seu “objeto” de trabalho - o doente – inclusive na prática da enfermagem onde era comum a figura da cuidadora “na cabeceira do leito”, constantemente prestando-lhe cuidados diretos (MARX; MORITA, 2003). Gerenciar serviços de saúde ainda não era uma preocupação nesse período.

Com a Revolução Industrial⁶, o trabalho artesanal foi cedendo lugar à organização dos serviços mediante as manufaturas, nas quais cada trabalhador era responsável por uma parte da produção. Essa divisão das tarefas repercutiu e gerou a divisão parcelar do trabalho⁷, afastando cada vez mais o trabalhador do produto final de seu trabalho, além de favorecer a desarticulação entre habilidades intelectuais e manuais pela fragmentação no processo de fabricação dos bens.

O parcelamento das tarefas fez com que o trabalhador desconhecesse o todo resultante do seu trabalho, e, tais mudanças na relação homem-objeto-produto durante o efervescer do Capitalismo e a divisão do trabalho, gerou uma “perda” de controle da produção pelo trabalhador sobre o “produzir” e o produto final. Surgiram então, no setor de produção a figura dos supervisores, gerentes e administradores para o “controle” do processo de trabalho.

⁶**Revolução Industrial** – conjunto de transformações ocorridas na indústria, na agricultura, nos transportes por volta do século XVIII e XIX, devido à utilização de novas técnicas e materiais como eletricidade, siderurgia, e ferrovias. Em 50 anos de produção capitalista houve o desenvolvimento de riquezas superior aos 500 anos anteriores (CEFURIA, s/d).

⁷**Divisão parcelar do trabalho** – Ou divisão pormenorizada do trabalho refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas produções limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações realizadas por trabalhadores especializados em cada tarefa. Caracteriza o sistema de fábricas (PIRES, 2009).

Conduto, essas funções ainda eram exercidas de forma empírica e improvisadas (CHIAVENATO, 2001).

A gerência é entendida como a “coordenação do trabalho coletivo que surge com o modo capitalista de produção. Significa o controle do processo de trabalho que foi expropriado do trabalhador com a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho” (PIRES, 1999, p. 42).

O produtor se distanciou tanto do seu produto final, que além de ter (des) construído em si a idéia do todo, na maioria das vezes, ele não consumiria o que produziu (substituição do valor de uso pelo valor de troca), como exemplo, um automóvel que seria um bem inatingível ao trabalhador que contribuiu com a sua montagem (MERHY, 1997). Então, o que era meio de subsistência tornou-se meio de *alienação* ou *estranhamento* e de produção para bens de consumo (do outro).

O trabalho passou a ser organizado em uma perspectiva exclusivamente para produção, e o homem, visto como o meio para essa produção no sistema capitalista. Este distanciamento e alienação, também chegaram à saúde, ficando o trabalhador e seu objeto de trabalho, afastados um do outro, mediante a fragmentação e as especialidades. Cada um passou a cuidar apenas de uma parte da intervenção e (des) comprometidos do resultado final global.

Campos (1994, grifo nosso) nos chama à atenção para uma particularidade do trabalho em saúde, pois este embora tenha sido alcançado pela divisão parcelar, conservou um caráter artesanal (não manufaturado) mesmo com a utilização de tecnologias. Isso porque, ao tempo em que houve a *divisão do trabalho* fragmentando o objeto, *somaram-se* especializações, conhecimentos e procedimentos para a produção do mesmo produto – o cuidado, que não substituíram os outros, pelo contrário acumulou.

Eis então a contradição, ainda que artesanal é fragmentado e alienante.

A organização parcelar do trabalho em saúde e a conseqüente fixação do profissional a determinada etapa de um certo projeto terapêutico produzem alienação. Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema sanitário mais coletivo, ele não somente perderá contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final (CAMPOS, 1997, p. 234).

Ainda no início do século XX, vê-se uma lentidão no processo de gestão/gerência de serviços de saúde no Brasil. A Saúde Pública ainda dava os seus primeiros passos enquanto

proposta política, e, gerenciar, confundia-se com enfrentar problemas epidemiológicos – endemias, epidemias, mortalidade – situações episódicas resolvidas como se por “bombeiros” acionados para conter incêndios. E assim, continuou por um longo tempo, de um lado, médicos dominando na prática médica liberal em serviços hospitalares, e, sanitaristas, buscando meios de conter o caos instalado em nível nacional (CAMPOS, 1994).

Enquanto isso, no mundo do trabalho, em um cenário global, tinha-se um trabalhador alienado e a divisão do trabalho favorecendo um aumento da complexidade nas organizações, ao mesmo tempo em que, ocorriam muitos prejuízos por decisões mal formuladas. As idéias de Frederick Winslow Taylor⁸, engenheiro norte-americano considerado pai da Escola de Administração Científica, e, posteriormente de Henry Fayol⁹, também engenheiro e autor da Teoria Clássica da Administração vieram a atender as necessidades de aumento da eficiência e da competência para melhores rendimentos (CHIAVENATO, 2001).

Citamos alguns aspectos da Administração Científica, em nível de conhecimento, para embasarmos o estudo. Em Taylor, foi apregoada cientificamente uma visão metódica da organização do processo de trabalho, inclusive do gerente, com vistas à produção. A essência da Administração Científica está sintetizada na Figura 2, abaixo:

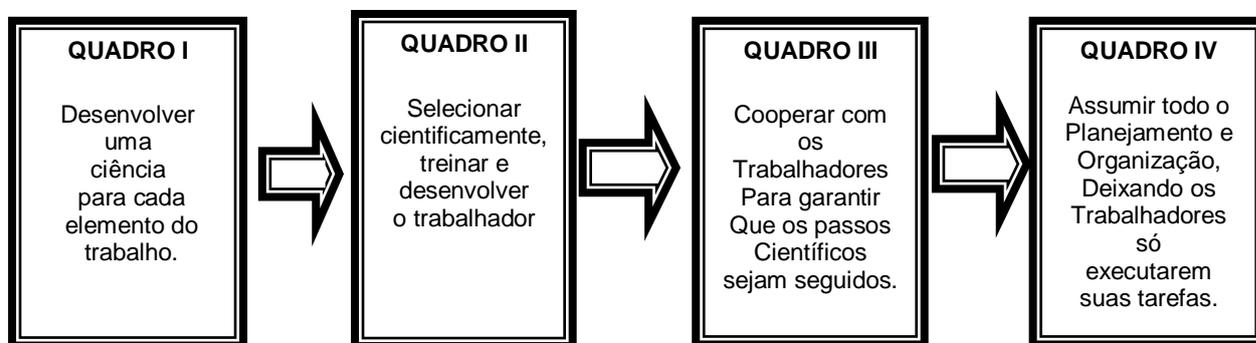


Figura 2 Princípios da Administração Científica (SILVA, 2001, p. 123).

No quadro IV da Figura 2, fica evidenciado que, compete ao gerente, e só a ele, o planejamento das ações e a organização do todo, ficando os demais trabalhadores comprometidos com o cumprimento de suas tarefas. Em alguns serviços de saúde é possível

⁸**Frederick Winslow Taylor** – Nascido na Filadélfia (1856) na Pensilvânia nos Estados Unidos, veio de uma família *quaker* de princípios rígidos e foi educado dentro de uma mentalidade de disciplina, devoção ao trabalho, e poupança. Iniciou suas atividades em trabalhos manuais como torneiro em fábrica de bombas hidráulicas. Foi nessa empresa que observou o mau funcionamento e relação entre trabalhadores e gerentes. Retornou aos estudos e formou-se engenharia, patenteou muitas invenções. Deu início à Administração Científica tendo vários seguidores (CHIAVENATO, 2001; MAXIMIANO, 2007).

⁹**Henry Fayol** – Nascido em Constantinopla e faleceu em Paris, formou-se em Engenharia de minas e atuou em empresa metalúrgica e carbonífera onde fez sua carreira (CHIAVENATO, 2001, p. 93).

encontrar essa divisão que resulta na centralização do processo decisório na pessoa do gerente, ficando o trabalhador apenas como cumpridor de tarefas, distante da organização e do funcionamento do todo.

No taylorismo o gerente deveria substituir o improvisado pelo planejamento do método; preparar e treinar os trabalhadores para produzirem mais e melhor de acordo com o método planejado; controlar o trabalho para se certificar de que está sendo executado; e, distribuir as atribuições e responsabilidades, para a execução do trabalho (CHIAVENATO, 2001).

Campos (2007) diz que, estes princípios gerais da Administração Científica, ainda não foram superados, pois o “estilo de governar” proposto por Taylor tendo como eixo central dos métodos de gestão a disciplina, o comando e o controle, ainda são utilizados pelas organizações, mesmo com a modernização destas.

O taylorismo foi superado, no entanto, em outros aspectos, tais como, alteração na racionalidade com que se organizam os processos de trabalho; a valorização da cultura organizacional e do humano com técnicas de controle mais sutis (dinâmicas de grupo, integração dos empregados à empresa); e a valorização do trabalhador com habilidade para desempenhar várias tarefas.

Não obstante, continua afirmando que, o controle e o comando persistem e pressupõem concentração de poder e que, a marca central da Organização¹⁰ moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. “Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de Recursos Humanos, flexibilização – mas enganosas” (CAMPOS, 2007, p. 23).

Por isso que, após um século aproximadamente, da compilação das abordagens científicas da administração, ainda lembramos destas, pela influência que exerceram e/ou exercem, sobre os modos de organização e gerência dos processos de trabalho.

Merhy (1997) posiciona-se contrariamente ao predomínio das abordagens clássicas da administração no processo de trabalho em saúde, pois estas engessam a captura do trabalho vivo em ato e esse aprisionamento, dificulta a elaboração de uma gerência compatível com os serviços de saúde, contrariando a execução de atividades em um campo repleto de tecnologias leves.

¹⁰**Organização** – É o atributo de qualquer conjunto estruturado ou ordenado segundo algum critério. O processo de organizar tem como resultado o ordenamento das partes de um todo em partes ordenadas, segundo algum critério ou princípio de classificação. As decisões de dividir tarefas, atribuir responsabilidades a pessoas e estabelecer mecanismos de comunicação e coordenação são decisões de organização (MAXIMIANO, 2007, p. 83).

Além da presença do Taylorismo como marco no desenvolvimento da administração científica, o Fayolismo deve ser lembrado quando o assunto é *gerência*, pois Fayol descreveu uma teoria centrada na estrutura organizacional. Estudou a fundo esta função e considerou o gerente como agente ou protagonista do processo administrativo. Preocupou-se muito mais com a direção da organização do que Taylor, que se ocupava mais do operário e da execução das tarefas (MAXIMIANO, 2007).

O trabalho do gerente consistiria, segundo Fayol, em “tomar decisões, estabelecer metas, definir diretrizes e atribuir responsabilidades aos integrantes da organização” (MAXIMIANO, 2007, p. 73). Definiu dezesseis deveres dos gerentes, que ecoam até os dias atuais nos mais diversos serviços, conforme consta no Quadro 1.

Quadro 1 Deveres dos gerentes de uma organização, segundo Fayol

I	Assegurar a cuidadosa preparação dos planos e sua rigorosa execução
II	Cuidar para que a organização humana e material, seja coerente com o objetivo, os recursos e os requisitos da empresa
III	Estabelecer uma autoridade construtiva, competente, enérgica e única
IV	Harmonizar atividades e coordenar esforços
V	Formular as decisões de forma simples, nítida e precisa
VI	Organizar a seleção eficiente do pessoal
VII	Definir claramente as obrigações
VIII	Incentivar a iniciativa e o senso de responsabilidade
IX	Recompensar justa e adequadamente os serviços prestados
X	Usar sanções contra faltas e erros
XI	Manter a disciplina
XII	Subordinar os interesses individuais ao interesse geral
XIII	Manter a unidade de comando
XIV	Supervisionar a ordem material e humana
XV	Ter tudo sob controle
XVI	Combater o excesso de regulamentos, burocracias e papelada

Fonte: MAXIMIANO, A. C. A. *Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital*. 6ª ed. 2ª reimp. São Paulo: Atlas, 2007, p. 73.

Os autores do campo da saúde que discutem gestão/gerência dos serviços (CAMPOS, 1994; MERHY, 1997; 2002; MISHIMA et. al., 2003), reconhecem a gerência como importante instrumento para a efetivação das políticas públicas, no entanto, admitem que, ao longo do tempo, não se desenvolveu uma teoria de gestão específica para a saúde, e, mesmo que sejam efetuadas buscas em diversas práticas, por modos alternativos de operacionalizar o processo de trabalho gerencial, ainda nos deparamos, algumas vezes, com o jeito de gerenciar taylorista/fayolista, ou suas variantes em saúde. Dificilmente encontraremos algo além desse limite.

Mas não foi só o taylorismo, suas variantes e o fayolismo que passaram pelo campo da saúde. Outras teorias também influenciaram a organização e administração dos serviços.

De caráter menos conservador, destaca-se a Teoria das Organizações de Max Weber¹¹, que trouxe a idéia de que toda organização regida por regulamentos, com direitos e obrigações é uma burocracia (MATOS; PIRES, 2006; MAXIMIANO, 2007).

Então, onde há leis e normas há um ambiente burocrático. Na saúde, a influência foi marcante dessa abordagem, uma vez que, uma variedade de normas, regulamentos, protocolos e regras foram criadas para o funcionamento dos serviços, tornando-os, como dizemos na atualidade, bastante “burocrático”.

A crítica às Teorias Clássicas da Administração e o desenvolvimento das Ciências Sociais e da Psicologia do Trabalho, por volta de 1930, proporcionou o surgimento de novos estudos na área administrativa, que resultaram na Abordagem Humanística da Administração e a Teoria das Relações Humanas. Estas tinham características democráticas e propuseram a substituição gradativa da preocupação com a máquina e com método de trabalho, por uma preocupação com pessoas e os grupos sociais. A idéia da Abordagem Humanística era melhorar o trabalho e torná-lo mais humano (CHIAVENATO, 2001).

A Teoria das Relações Humanas apostou na motivação, nos incentivos psicossociais e na participação do trabalhador nas decisões relacionadas à sua tarefa (ainda que de forma restrita) para garantir o alcance dos objetivos da organização, partindo do princípio das inter-relações (MATOS; PIRES, 2006; CHIAVENATO, 2001). Diferente também das teorias gerais, pela preocupação com a liderança, que não era de interesse dos autores clássicos.

Enquanto as Teorias Clássicas enfatizavam a autoridade formal, a Teoria das Relações Humanas demonstrou a existência de líderes informais, que encarnavam as normas e expectativas do grupo e conseguia influenciá-lo, tornando-o coeso e integrado (CHIAVENATO, 2001).

Nesse período, um dos críticos que deu grande contribuição para as mudanças nas questões gerenciais foi Ordway Tead, nos Estados Unidos, difundindo a idéia de que “cada chefe deve ser um líder” (CHIAVENATO, 2001, p, 119). Definiu liderança e defendeu o princípio de que, os líderes exercem certa “influenciação” sobre os subordinados, expressa por meio dos seguintes processos: sugestão, imitação, exortação, argumentação persuasiva, publicidade, uso da “lógica dos fatos”, demonstração de um “afetuoso devotamento” e criação de uma condição “típica” do problema ou dificuldade encontrada.

¹¹**Max Weber** – Nascido em 1864, na Prússia, foi um dos cientistas que estudou as organizações e influenciou praticamente todos os autores que retomaram o assunto. Faleceu em 1920 devido à gripe que assolou a Europa no início do século (MAXIMIANO, 2007, p. 99).

Com o aumento da complexidade nas práticas e serviços de saúde, a chefia, coordenação ou gerência como liderança, passou a ser almejada também, tendo o gerente a responsabilidade de fazer com que os trabalhadores, sob seus cuidados, atuassem de forma coesa, integrada e produtiva.

Campos (1994) aponta alguns conflitos que obstaculizam a efetivação da gerência nessa perspectiva, que seriam os meios de contratação, a carga horária pesada de alguns em detrimento das regalias de outros (a exemplo dos médicos que “fazem” seus horários), a inoperância da máquina pública e outros.

Estes conflitos que perpassam pelas questões gerenciais em saúde existem por ser este um campo repleto de peculiaridades, interesses diversos de trabalhadores que caminham pelas unidades de saúde com suas “valizes tecnológicas”, que muitas vezes, não se juntam aos saberes do outro para gerar o cuidado. É como se nos faltasse ferramentas conceituais e operacionais para tornar possível o gerenciar em saúde. Campos (1997, p. 247) traz a idéia do senso comum de que “o trabalho em saúde seria quase inadministrável”.

As dificuldades apontadas como entraves da gerência estão relacionadas, em alguns casos, a esta prática médica liberal, que se instituiu no Brasil de forma hegemônica, centrada na doença e com interesses econômicos por detrás da prestação dos serviços. Essa prática médico-privatista privilegia um estilo de gerência que, inegavelmente favorece os interesses de grupos de profissionais, que se beneficiam com autonomia, sensação de superioridade e centro da assistência (CAMPOS, 1994). Não há como inovar no campo gerencial se a intenção for manter os mesmos modos de ofertar saúde à população.

Até a década de setenta a gerência dos serviços de saúde funcionou dessa forma: a gerência em saúde pública de caráter burocrático, centralizador e verticalizado, com a presença dos “burocratas especializados em administração sanitária” e, também, com alta centralização de poder, com agentes resistentes a mudanças e de difícil adaptação a novas situações, presentes tanto em unidades hospitalares como em serviços básicos (CAMPOS, 1994).

Nesse período, evidenciou-se uma necessidade de reforma estrutural e política na saúde do Brasil, e desde já, era notório que as idéias predominantes no campo da administração, não correspondiam mais às demandas da saúde, passando a exigir novas competências, no que tange à proposta de gerenciamento para ordenar melhor as máquinas organizacionais (MERHY, 1999).

Certo que, estas mudanças estruturais que se fizeram necessárias, não se manifestaram apenas na saúde, mas sim, devido à crise no sistema Capitalista e a sérias críticas ao processo

de trabalho de um modo geral, que levou às mudanças no cenário nacional, de uma forma mais abrangente. É um misto de evolução tecnológica, e, ao mesmo tempo, precarização das relações e desvalorização do humano, que contraía a manutenção de práticas outrora consideradas eficientes (isto em relação ao mundo do trabalho).

O campo da gestão/gerência das organizações e micropolítica do processo de trabalho, conforme Merhy (1997), não foi negligenciado pelo capitalismo contemporâneo, que na verdade, se nutre das mudanças tecnológicas para municiar os processos de alterações necessárias, principalmente no aspecto administrativo.

A gestão/gerência ganha uma importância, pois mediante a sua eficácia nos diversos modos de produção, torna-se possível, certo ganho de eficiência nas empresas e serviços. Então, uma gestão capaz de enfrentar os problemas, fazer com que os objetivos propostos sejam alcançados e que seja menos burocratizada, com satisfação de pessoal é o que se almeja.

O autor fala dessa importância, mas ao concordarmos com ele não queremos dizer que estamos no caminho certo da gestão dos serviços de saúde, pois ainda que a gestão/gerência não esteja sendo negligenciada, estão sendo percorridos diversos caminhos, para encontrar modos de gerenciar serviços de saúde, de forma que, produza resultados condizentes à produção do cuidado.

Esses modos partem dos seguintes princípios: a gerência deve estar centrada no usuário; a gerência não pode ser desenvolvida de forma isolada, e sim, compartilhada; a gerência não deve buscar interesses políticos e pessoais; a gerência não deve se posicionar de forma unilateral e/ou vertical, pois não estamos tratando de uma linha de montagem, mas sim, de cuidado em saúde.

Merhy (2002) sustenta a idéia de que, devem ser constituídas organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, com processos de trabalho cada vez mais partilhados, que busquem um ordenamento organizacional, coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita a construção cotidiana de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários, conforme suas necessidades individuais e coletivas.

O Saúde da Família, nesse contexto da década de noventa, busca saldar dívidas com a população no tocante aos serviços básicos, mediante a ampliação do acesso, aumento da resolubilidade e efetivação de uma assistência preventiva e promotora de saúde. A partir de então, a gerência do serviço de saúde, adquire maior visibilidade e ao mesmo tempo é questionada.

O gerente, desde sempre, esteve presente como indispensável nos serviços de saúde. Contudo, a nova abordagem na saúde, subsidiada por princípios organizativos do SUS de (re)organizar a porta de entrada, numa perspectiva de trabalho coletivo, mediante a Atenção Básica, leva-nos a refletir sobre gerência em seu processo de trabalho, quem seria esse agente/gerente e como se configuraria a sua prática (instrumentos, finalidade, objeto de trabalho).

Um estudo de Santos (2007) que trata sobre gestão em Atenção Básica concorda com as idéias já defendidas por Merhy (1999) e Campos (1998; 2007), acerca de mudanças necessárias na forma de gerenciar serviços de saúde, e complementa dizendo que, a situação atual da saúde no Brasil, o enfrentamento de novos e velhos problemas no campo epidemiológico, os novos conceitos implementados como municipalização, o usuário cobrando mais, migração de conveniados para o SUS, a necessidade de capacitação permanente, dentre outros fatores, exige um gerente profissionalizado e dotado de alternativas que possam responder aos velhos e novos problemas.

Ainda assim, olhamos o processo de trabalho no PSF, que é organizado por meio de equipes multidisciplinares em territórios delimitados, de domínio das equipes para diagnóstico comunitário e posterior intervenção (BRASIL, 2001b), e pensamos que, essa forma de organizar o serviço, concede certa autonomia às equipes de saúde da família (ESF) para planejar e programar suas ações. Por esse motivo, chegou-se à idéia de que o gerente do PSF seria descartado (CIRINO, 2002).

Reforça-nos o paradoxo quando recorremos aos textos ministeriais que regulamentam o processo de trabalho das ESF e encontramos a função gerencial diluída nas atribuições de todos os membros (BRASIL, 2006a). O MS não dá uma resposta evidente quanto ao processo de trabalho na prática gerencial do PSF e ainda não incluiu o tema no programa de capacitações da ESF, estando a exercer a gerência, aquele membro da equipe que mais se “encontra preparado” para tal função.

Gerenciar em saúde requer a criação de espaços mais e mais criativos, inovadores e em parcerias, dada a complexidade local, temporal e social, nos quais o gerente deve ser perspicaz, distante da preguiça e da repetição irreflexiva e cômoda, aproximando-se de um agir dinâmico e interativo, incorporando tanto a eficiência na produção, como a satisfação dos usuários, surgindo assim, a qualidade como uma palavra de ordem (SANTOS, 2007).

Já há algum tempo, Campos (1998) assumiu o desafio de propor um modelo de gestão correspondente aos princípios do SUS. Uma alternativa operacional ao método taylorista de gestão. “Um sistema de gestão que assegurasse tanto a produção qualificada na saúde, quanto

garantissem a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Nesse modelo, as funções de gerente não estariam eliminadas, porém não assumiriam um caráter exclusivo e unilateral. Ou seja, da centralização da autoridade e do poder de decisão situado no gerente, supostamente sábio e todo-poderoso, como diz o autor, passaria a um colegiado composto por membros da própria equipe das “unidades de produção”¹².

A proposta de Campos, não está diretamente voltada para PSF, mas sim para serviços de saúde de uma forma geral, assegurados pelo SUS. Então, em PSF, esta unidade de produção seria a própria equipe articulada para trazer as demandas da área e da unidade e juntos construir as decisões e ações a serem executadas.

Seria um modelo de co-gestão ou gestão colegiada, no qual o processo de trabalho na prática gerencial se daria de modo participativo, descentralizado, sem concentração de poder. Ainda não se sabe, se as equipes estão preparadas para esse tipo de gestão, uma vez que, ainda estamos em processo de construção e consolidação do PSF enquanto política de saúde na Atenção Básica.

Campos (1998) diz que algumas experiências existentes, já facilitam a elaboração de um modelo de gestão mais participativo, como a descentralização de poder para os municípios (municipalização), a instalação de Conselhos e Conferências de saúde, com maior número de usuários, legitimando o controle social e favorecendo a desburocratização do Estado. Contudo, a prática de gerência dos serviços de saúde, requer avanços para que sejam alcançados patamares mais democráticos e participativos.

O modelo de co-gestão em saúde não significa a alternativa mais aplicável, nem tampouco aquela que irá resolver conflitos na questão da gerência. Também não pode ser vista como única, pois, outros trabalhos certamente estão sendo desenvolvidos (ou serão), no intuito de desmistificar os enigmas da gerência nos serviços de saúde. Contudo, não poderíamos deixar de trazer as idéias de Campos, pois, além de desafiadoras, trazem proposta eminentemente para a saúde.

Sabemos que o PSF é uma tentativa para superação de práticas de saúde fragmentadas e ineficientes, gerenciadas, muitas vezes, de forma rígida, verticalizada e centralizadora. Portanto, “fazer saúde” numa perspectiva familiar e integral já se constitui em um grande desafio aos trabalhadores envolvidos na sua construção. Mas, além desse desafio e

¹²**Unidades de produção** – Para Campos (1998), unidades de produção seriam estruturas compostas por equipe multiprofissional envolvidos no mesmo tipo de trabalho, por exemplo, todos de saúde da criança, ou todos de saúde da mulher, etc. As unidades de produção substituiriam os departamentos e seções recortadas que existem na estrutura organizacional da saúde e que fragmentam a gestão.

independente de acertos e erros na prática gerencial, o PSF também busca novos significados para a gerência, e, caso não consiga superar práticas administrativas obsoletas e descontextualizadas ao que se propõe, corre sério risco de incorrer no erro de reproduzir modelos anteriores.

CAPÍTULO III

"Afinal que é o homem dentro da natureza? Nada, em relação ao infinito; tudo, em relação ao nada; um ponto intermediário entre o tudo e o nada. Infinitamente incapaz de compreender os extremos, tanto o fim das coisas quanto o seu princípio permanecem ocultos num segredo impenetrável, e é-lhe igualmente impossível ver o nada de onde saiu e o infinito que o envolve. Que poderá fazer, portanto, senão perceber alguma aparência das coisas num eterno desespero e não poder conhecer nem seu princípio nem seu fim?"

(Pascal)

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Analisar o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família em um *locus* de vivências pré-concebidas pressupõe adentrarmos no campo das relações que são estabelecidas entre os sujeitos sociais e seus significados nesse processo. Para tanto, este estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa por esta permitir a identificação do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais.

As Metodologias de Pesquisa Qualitativa são

capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos *atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008, p. 22-3, grifos da autora).

Em tais construções humanas são conferidos significados às “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, idéias, sentimentos, assuntos), como denomina Turato (2005) e estas dão molde à vida das pessoas. Este processo não ocorre de forma estanque, pois está sujeito a conflitos, contradições e antagonismos, por isso fomos direcionados à compreensão do objeto numa perspectiva dialética, considerando a verdade¹³ nas relações sociais como provisória e em constante movimento.

Habermas (1987) aponta algumas características do estudo dialético, tais como, a impossibilidade da construção de conceitos universais, ressaltando a construção histórica do homem na sociedade para a transformação coletiva, instigando a perspectiva crítica, reflexiva e analítica. Para compreender o processo de trabalho na prática gerencial do PSF, nos aproximamos da realidade¹⁴, porém à medida que procuramos desvelá-la, tomamos consciência de sua magnitude e da impossibilidade de sua completa visualização.

Ainda no âmbito do estudo dialético, o conhecimento da verdade é a superação dos contrários, por esse motivo, não pretendemos desvelá-la em sua totalidade, mas sim,

¹³**Verdade** – a verdade à luz do pensamento Marxista é relativa, mas relativa à história, ou seja, não tão rígida (absoluta) como no pensamento positivista, mas também não tão relativa. Ela é construída em processo, por isso tendemos sempre à verdade, embora ela jamais seja terminada (FONTES, 2001).

¹⁴**Realidade** – a realidade aqui é vista como um processo histórico sempre em curso, na qual as contradições são presentes. Como no pensamento marxista, o homem é produto da história, ao mesmo tempo em que a produz. Resulta da ação de homens inseridos historicamente em um contexto, e só se constituem como homens pela mediação dessa realidade que produzem, ou seja, ao mesmo tempo em que o homem faz o mundo, é feito por ele (SCHNEIDER; CASTRO, 1994).

conquistar o conhecimento e chegar perto da realidade social que nos motivou a desenvolver este estudo, estabelecendo nesse encontro com o objeto, a possibilidade de analisá-lo e compreendê-lo.

Diante da complexidade do contexto no qual está inserida a prática gerencial do PSF, a trajetória metodológica percorrida para o conhecimento do objeto de estudo, permite-nos compreender os significados e as intencionalidades, que permeiam as questões inerentes ao objeto (seus atos, atitudes, relações e estruturas sociais).

3.2 CAMPO DO ESTUDO

Para Minayo (2008), o trabalho de campo constitui-se em uma etapa essencial na pesquisa qualitativa, ou seja, sem este trabalho não pensaríamos em um estudo dessa natureza. É no campo que, ainda segundo a mesma autora, o pesquisador interage com os sujeitos pesquisados, resultando daí um produto compreensivo, que não é a realidade concreta, mas sim, uma descoberta construída a partir das disposições de posse do investigador (pressupostos teóricos, entrevistas, observações e inter-relações).

A delimitação do campo deste estudo se deu mediante um recorte espacial correspondente ao objeto da presente investigação, no qual encontramos os sujeitos a serem pesquisados. Foi bastante pensado antes de seu desenho final, uma vez que, desta etapa da pesquisa, dependeria o sucesso das demais.

Sendo “o *campo*, na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2008, p. 201, *grifo nosso*), neste estudo o campo de investigação foi a Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde da Família no município de Jequié/Bahia. Para conhecimento do campo do estudo e maior compreensão desta escolha, descrevemos inicialmente o município de Jequié, em seguida caracterizamos a estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (organização e funcionamento) e situaremos as Unidades de Saúde da Família neste contexto.

O Município de Jequié encontra-se na Região Sudoeste da Bahia, a 365 km da capital – Salvador – na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. Possui um clima quente e úmido, as temperaturas variam entre 13°C (mês de junho) e 36°C (mês de fevereiro). No entanto, por ser cercada de montanhas, durante a maior parte do ano, há muito calor na

cidade, as temperaturas chegam a 45°C no verão. Por esse motivo, Jequié é conhecida como “Cidade Sol” ou “Terra do Sol”.

Limita-se ao Norte com os municípios de Lafaiete Coutinho e Jaguaquara; ao Sul com Boa Nova e Itagi; ao Leste com Ibirataia, Jitaúna e Gandu e ao Oeste com os municípios de Maracás e Manoel Vitorino. Possui relevo bastante acidentado, marcado pela presença de morros, serras e planícies. Ressalta-se em sua geografia a abundância de recursos hidrográficos, representados principalmente pelos rios: das Contas, Jequezinho, Ribeirão da Mata, Preto da Costa, Preto do Criciúma e Pau Brasil, além de outros pequenos riachos (JEQUIÉ, 2006a).

Tem o início da sua história datada de 1789 quando o fugitivo inconfidente José de Sá Bittencourt, passou por estas terras hoje jequeienses a caminho de Camamu. Lá foi preso, levado ao Rio de Janeiro, julgado e libertado (JEQUIÉ, 1992). Natural de Caeté (Minas Gerais) e Bacharel em Ciências Naturais pela Universidade de Coimbra possuía habilidades intelectuais e espírito empreendedor, de forma que ao tomar conhecimento das terras que mais tarde seria o município de Jequié, com áreas inexploradas e algodão em estado nativo e maniçoba, após sua libertação retornou e adquiriu terras nessa região juntamente com um irmão (IBGE, 1970; JEQUIÉ, 2006a).

Estabeleceu aqui a sua fazenda chamada “Borda da Mata”, situada pouco abaixo de onde hoje está a fazenda Provisão. Com sua morte (1823), o latifúndio foi dividido entre herdeiros do inconfidente, ficando a fazenda “Jequié” para Bittencourt e Câmara. Após a demarcação das terras a sede da fazenda foi erguida na confluência entre os rios das Contas e Jequezinho, porém uma enchente em 1854 destruiu esta sede, obrigando os donos das terras a registrarem as fazendas nas freguesias de Maracás, Camamu e Ubaíra. Nesta época, o povoado de Jequié já estava em franca formação (JEQUIÉ, 2006a).

Uma filha de Bittencourt e Câmara – Dona Leonora Sá - juntamente com o seu esposo – Felipe Nery de Sousa – passaram a administrar a fazenda ao redor da qual um povoado foi se formando, que seria o núcleo da futura cidade. Por este povoado passavam tropas, viajantes e comerciantes. Houve um desenvolvimento considerável a ponto do povoado em 1880 ser elevado à categoria de Distrito de Maracás.

A presença de italianos com experiência para o comércio e a visão de lucro e de progresso, foi fundamental nesta época para o desenvolvimento da localidade, pois atraía novos moradores para o arraial e aumentava o desejo pela emancipação. Em 1894 foi empossada a primeira Junta Distrital, presidida por Antônio de Sousa Brito Gondim. Um projeto de lei foi encaminhado à Assembléia Legislativa e em 25 de outubro de 1897 Jequié

adquiriu a sua emancipação política e foi desmembrada de Maracás (embora tenha permanecido na condição de vila até 1910 por número insuficiente de moradores) (JEQUIÉ, 1992).

Na atual Praça Luiz Viana desenvolveu-se a primeira feira livre da cidade que movimentava mercadorias de canoieiros, mascates e tropeiros. Em 1927 a cidade já era uma das mais importantes do Estado, tendo em Vicente Grillo um respeitável benfeitor. A cidade festejou a chegada da “Estrada de ferro de Nazareth” e assistiu ao progresso ao longo do século XX (JEQUIÉ, 2010).



<http://66.249.128.93/showthread.php?t=986500>

Figura 3 – Município de Jequié na atualidade

O município de Jequié possui uma área de 3035 Km² com uma população estimada em 150.541 habitantes, sendo 49,15% do sexo masculino, e 50,85% sexo feminino, conforme se observa no Quadro 2.

Quadro 2 Distribuição da população de Jequié, por faixa etária e sexo, Jequié-BA, 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.300	1.251	2.551
1 a 4	5.378	5.210	10.588
5 a 9	6.874	6.718	13.592
10 a 14	6.737	6.496	13.233
15 a 19	7.131	6.864	13.995
20 a 29	14.748	14.631	29.379
30 a 39	11.005	10.947	21.952
40 a 49	8.122	8.579	16.701
50 a 59	5.673	6.554	12.227
60 a 69	3.507	4.425	7.932
70 a 79	2.224	3.063	5.287
80 e +	1.303	1.801	3.104
Ignorada	-	-	-
Total	74.002	76.539	150.541

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas. 2009. Jequié-BA.

Nota-se que, quanto à faixa etária, possui uma população entre 0 e 9 anos de 26731 habitantes (17,75%); de 10 a 19 anos de 27228 habitantes (18,08%); de 20 a 59 anos de 80259 habitantes (53,31%) e de 60 a 80 anos e mais 16323 habitantes (10,84%) (IBGE, 2009).

Dentre os municípios do interior baiano, Jequié ocupa o 8º lugar em número de residentes, ficando à sua frente os municípios de Feira de Santana com 590.446 (1º lugar); Vitória da Conquista com 318.904 habitantes (2º lugar); Juazeiro com 243.897 habitantes (3º lugar); Camaçari com 234.555 habitantes (4º lugar); Ilhéus com 219.265 habitantes (5º lugar); Itabuna com 213.654 habitantes (6º lugar); Lauro de Freitas com 156.935 habitantes (7º lugar) (IBGE, 2009).

Além de possuir uma população jovem como demonstra o Quadro 2, segundo o Censo 2000, 88,52% da população reside na zona urbana e 11,48% na zona rural¹⁵ (BAHIA, 2002). Dentre os distritos encontram-se: Florestal, Itajuru, Boaçu, Monte Branco, Baixão, Oriente Novo, Itaibó e Barra Avenida. Os principais povoados são: Fazenda Velha, Tamarindo, Campo largo, Conjunto Emiliano (I, II e III), Santa Rita, Nova Esperança, Boa vista, Humaitá, Morro verde, Deus Dará, Cachoeirinha, Rio Preto da Costa, Marcela, Água Vermelha, Barragem da Pedra, Rio das Pedras e Santa Clara (JEQUIÉ, 2006a).

Quanto ao aspecto econômico o município de Jequié iniciou o seu desenvolvimento baseado na agricultura (cacau, café, melancia, cana-de-açúcar, maracujá dentre outros) e na pecuária (bovinocultura e caprinocultura). Atualmente, há um destaque no setor industrial (367 empresas – formal e informal), principalmente a indústria têxtil responsável pelo aumento de emprego e renda.

O número de 367 indústrias em Jequié totaliza 13,4% das atividades empresariais no município. No comércio foram anunciadas 1011 ocorrências (responsáveis por 37% das empresas) e ficando 49,6% sob a responsabilidade do setor de serviços (1356 ocorrências), que é a principal atividade econômica da cidade, totalizando 2734 ramos de atividades de empresas em Jequié.

O Distrito Industrial de Jequié, segundo a Superintendência de Desenvolvimento Industrial e Comercial (SUDIC) possui 24 empresas funcionando, 06 em fase de implantação. As principais atividades estão voltadas para o ramo alimentício e calçadista (BAHIA, 2010a), mas também se encontram indústrias de vestuário, material plástico e torrefação de café.

Quanto aos aspectos culturais e de lazer, o município dispõe do Centro de Cultura Antônio Carlos Magalhães conhecido como Centro de Cultura de Jequié inaugurado em 2000;

¹⁵**Zona urbana e rural** – Estes dados são do Censo 2000 do IBGE e constam na Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia.

a Casa de Cultura Pacífico Ribeiro; o Museu Regional de Jequié (em funcionamento desde 2006 e conta a história da cidade); o Teatro Municipal (Palácio das Artes); a Biblioteca Municipal com um acervo de 19241 livros além de periódicos e jornais. A cidade mantém uma tradição cultural de festas como a do padroeiro Santo Antônio, festas de largo, exposição agropecuária e forrós.

O desenvolvimento do município agregou também o surgimento de vários setores que promovem condições favoráveis à continuidade do desenvolvimento da cidade como: Bancos (Brasil, Itaú, Bradesco, Caixa Econômica, Nordeste, Cooperativo); Serviço de Atendimento ao Cidadão (SAC); setores da segurança pública como o 19º Batalhão da Polícia Militar; o 8º Grupamento de Bombeiros; Delegacia Regional de Polícia Civil; Guarda municipal; Tiro de guerra do exército; Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN); cursos particulares de idiomas, informática, órgãos de comunicação em massa (rádios, jornais, revistas, sites, telefonias).

Sobre a assistência social, Jequié dispõe do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (APAE); Ser livre (Centro de Recuperação de viciados em drogas); Fundação Leur Brito (Instituição de longa permanência de Idosos); Fundação Urbano de Almeida Neto (FUAN) para amparo aos desabrigados; Associação Jequeense de Cegos (AJECE). Há outras entidades filantrópicas, conselhos, organizações não governamentais, associações e sindicatos que compõem a sociedade jequeense: grupos de mulheres, donas de casa, terceira idade, associação de moradores.

Com relação à educação, Jequié é sede da 13ª Diretoria Regional de Ensino (DIREC) com uma área de abrangência que conta com 25 municípios. Dispõe de instituições particulares e públicas (municipais e estaduais), nos níveis de ensino fundamental, médio e superior. Quanto a este último, possui atualmente, cinco instituições: a Universidade do Norte do Paraná – UNOPAR (ensino à distância); a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB; as Faculdades Integradas de Jequié – FIJ, Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC e Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde – FAPEC (particulares).

Além das Universidades particulares que vieram para o município com a proposta de novos cursos, nos últimos anos a cidade de Jequié assistiu a uma considerável expansão do ensino superior, principalmente com o aumento do número de cursos na UESB (cursos implantados nos últimos dez anos: Fisioterapia (1999), Matemática com enfoque em informática (2000), Odontologia (2004); Farmácia (2008); Artes com habilitação em teatro e dança (2009) e Medicina em (2009)).

No aspecto saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização¹⁶ da Bahia, elaborado em 2001 por recomendação da Norma Operacional de Assistência à Saúde¹⁷ – NOAS 01/2001, Jequié pertence à macrorregião¹⁸ Sul, conhecida por “macro sul” e composta por sessenta e sete municípios agrupados em quatro microrregiões¹⁹, as quais têm como municípios pólos: Ilhéus, Itabuna, Valença e Jequié. A macro Sul totaliza 1.675.000 habitantes, o que corresponde a 11, 89% da população total da Bahia (BAHIA, 2008). A microrregião de Jequié possui 25 municípios, que juntos somam 505.282 habitantes, o que corresponde a 30,17% do total da macro Sul.

O município de Jequié também é sede da 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), à qual pertencem os mesmos municípios da microrregião supracitada. Dentre as 31 DIRES do Estado da Bahia a 13ª é a que possui mais municípios (25), seguida da 2ª DIRES - Feira de Santana - com 22 municípios, a 7ª DIRES – Itabuna - com 21 municípios e a 12ª DIRES – Serrinha - com 20 municípios. As demais possuem menos de 20 municípios (BAHIA, 2010b).

Jequié possui uma rede de serviços de assistência à saúde que incluem órgãos públicos e privados, pertencentes à Atenção Básica, à Atenção Hospitalar e ao apoio diagnóstico (média e alta complexidade). Hospitais e clínicas, Jequié possui: Hospital Geral Prado Valadares (público); Hospital Santa Helena (privado e convênios); Hospital São Vicente; Hospital Perpétuo Socorro; Hospital SERVIR e Clínica IORTE (estes últimos têm caráter privado, atende por convênio e SUS) (JEQUIÉ, 2006a).

Quanto à rede municipal de assistência à saúde de média complexidade, Jequié possui os seguintes serviços, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

¹⁶**Plano Diretor de Regionalização** – instrumento de ordenação do processo de regionalização nos Estados e Distrito Federal fundamentado na conformação de Sistemas funcionais e resolutivos de Assistência à Saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as suas necessidades. (BRASIL, 2001c).

¹⁷**Norma Operacional de Assistência à Saúde** - amplia as responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de Atenção Básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo (BRASIL, 2001c).

¹⁸**Macrorregião** – A macrorregião é composta por municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade que é um centro polarizador das atividades sócio-econômicas daquela região, considerada, para efeito da regionalização da assistência à saúde como “cidade ponto de partida”. Em geral, dispõe de serviços de alta complexidade ou está incluída na relação dos municípios que serão alvo de investimentos na reorganização da atenção de urgência/emergência e atendimento de gestante de alto risco, áreas prioritárias devido à dados epidemiológicos e busca por redução da mortalidade materna e por causas externas. O estado baiano está dividido em nove macrorregiões e vinte e oito microrregiões (BAHIA, 2008).

¹⁹**Microrregião** – A delimitação de um território da microrregião é definido a partir de um município pólo, que tenha em seu sistema municipal de saúde serviços de média complexidade necessários para o estabelecimento de referência e contra-referência entre os municípios (BAHIA, 2008).

(CNES, 2010): Ambulatório de Saúde Mental; Central de Regulação de Leitos; Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro de Referência em Saúde Sexual; Centro de Apoio Psicossocial Guito Guigó (CAPS); Centro de Apoio Psicossocial AD (CAPS – álcool e drogas); Farmácia Popular; Tratamento Fora do Domicílio (TFD); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); Pronto Atendimento 24 horas; Laboratório Municipal.

Para oferta de assistência à saúde referente à Atenção Básica, o município dispõe de quatro Unidades Básicas de Saúde (Centro de Saúde Jequié, Centro de Saúde Almerinda Lomanto, Centro de Saúde Júlia Magalhães, Centro de Saúde Sebastião Azevedo); 26 Postos de saúde distribuídos na zona urbana (em locais distantes que ainda não tem USF) e na zona rural²⁰ (Posto de Saúde Boa Vista, Posto de Saúde do Campo Largo, Posto de Saúde de Nova Esperança, Posto de Saúde de Itaibó, Posto de Saúde de Oriente Novo, Posto de Saúde de Monte Branco, Posto de Saúde de Santa Clara, Posto de Saúde de Boaçu, Posto de Saúde de Barragem de Pedras, Posto de Saúde da Fazenda Velha, Posto de Saúde do Ouro, Posto de Saúde de Tamarindo, Posto de Saúde de Barra Avenida, Posto de Saúde do Baixão, Posto de Saúde do Emiliano, Posto de Saúde Humaitá, Posto de Saúde da Marcela, Posto de Saúde CAIC, Posto de Saúde Caixa D'água, Posto de Saúde de Santa Rita, Posto de Saúde de Limoeiro, Posto de saúde de Giboinha, Posto de Saúde de Castanhão, Posto de Saúde Sebastião Guedes, Posto de Saúde Vigilância Sanitária e Posto de Saúde Vila Vitória); uma Unidade de Saúde do Conjunto Penal de Jequié; uma Unidade Móvel/expresso de saúde e 26 equipes de Saúde da Família (dentre as quais 10 unidades comporão o cenário desse estudo) (JEQUIÉ, 2008).

Todos esses serviços e unidades estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que funciona como órgão máximo da gestão da saúde e de onde partem as políticas, planos e projetos da saúde (concatenados às políticas estaduais e federais). As informações colhidas para caracterização do campo desse estudo constam no Plano Municipal de Saúde da gestão 2006/2009. Buscamos a versão preliminar do Plano Municipal de 2010/2013, no entanto, enquanto coletávamos os dados, o plano ainda estava sendo elaborado, daí fizemos outras buscas através do Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e

²⁰**Posto de saúde em zona rural** – O município de Jequié dispõe de uma vasta zona rural repleta de pequenos ajuntamentos, com difícil acesso à serviços de saúde na zona urbana, não só pela distância, pela escassez de transporte e também pela dificuldade pelas altas ladeiras, morros e acidentes geográficos. Os ACS, juntamente com médico, enfermeiro, deslocam-se para atender e acompanhar moradores da zona rural periodicamente nesses postos de saúde. No dia-a-dia, em algumas localidades, permanece um técnico de enfermagem para serviços básicos.

dos Relatórios de Gestão (2006, 2007, 2008), com dados mais atualizados. Falaremos a seguir da SMS de Jequié como um dos cenários desse estudo.

3.2.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

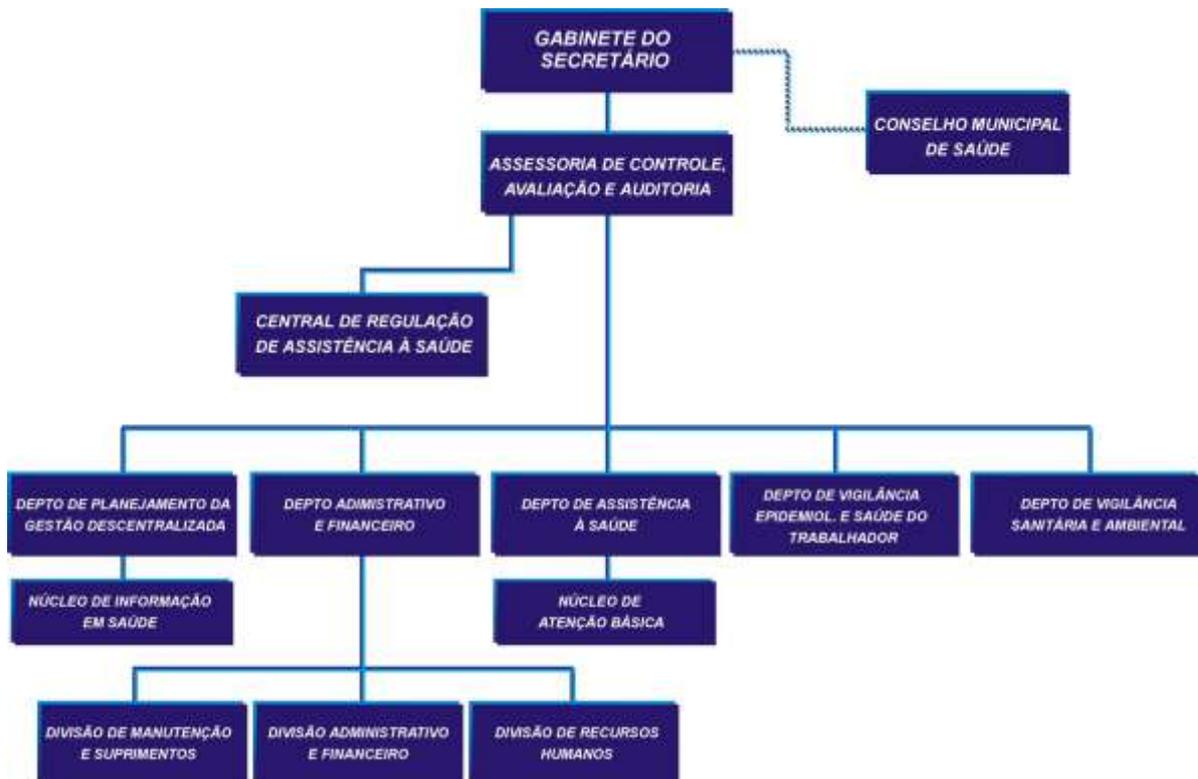
Criada mediante a Lei nº. 1187/1991²¹ de 02 de janeiro de 1991, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié sofreu mudanças em sua estrutura funcional e organizacional a partir de 24 de dezembro de 1997 devido ao processo de municipalização, que constam na Lei nº. 1433/1997 (extinção de cargos e criação de departamentos: Departamento de Planejamento Acompanhamento e Avaliação; Departamento de Auditoria; Departamento Administrativo Financeiro; Departamento de Assistência a Saúde; Departamento de Vigilância Sanitária; Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental) (JEQUIÉ, 1997).

Em 04 de fevereiro de 2002 a estrutura organizacional da prefeitura do município sofreu novas modificações, inclusive a saúde, segundo a Lei de nº. 1552/2002, estabelecendo o *Conselho Municipal de Saúde* como um Órgão Colegiado, o *Fundo Municipal de Saúde* como Órgão Sistêmico Especial e a *Secretaria Municipal de Saúde* como Órgão da Administração Direta (JEQUIÉ, 2002).

A SMS foi estruturada conforme consta no Organograma 1 a seguir e que corresponde à estrutura atual do município:

²¹**Lei nº. 1187/91** – Esta lei municipal dispõe sobre a estrutura administrativa da prefeitura municipal de Jequié. Criou várias secretarias, tais como a da educação; cultura, lazer e esporte; desenvolvimento social; de obras e urbanismo; de serviços públicos definiu suas funções e criou cargos. Para a saúde na ocasião, foram criados apenas quatro: secretário municipal de saúde, diretor do departamento médico-odontológico, diretor do departamento de higiene e vigilância sanitária e administrador do Centro de Saúde Almerinda Lomanto (este, um cargo de gerência). (JEQUIÉ, 1991).

Organograma 1 Estrutura da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié. Março 2010



Fonte: Plano Municipal de Saúde, Jequié/Bahia – 2006/2009.

As mudanças observadas na estrutura organizacional da SMS foram resultantes do processo de municipalização iniciado entre 1997 e 1998, por exigência da Norma Operacional Básica – NOB 01/1996²². O município viveu no final da década de noventa momentos marcantes da sua história de saúde, com a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica²³, que ampliou suas responsabilidades quanto a: serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários; garantia de referência ambulatorial especializada; gerência de unidades ambulatoriais próprias; organização e sistematização da oferta de serviços de saúde; execução de ações básicas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, além da ampliação de sua

²²**NOB 01/1996** – A Norma Operacional Básica de 1996 “promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios” (BRASIL, 2007a, p. 108).

²³**Gestão Plena da Atenção Básica** – Habilitar o município significa firmar os compromissos assumidos pelo gestor perante outros gestores e a população sob sua responsabilidade. Na Gestão Plena da Atenção Básica significa, portanto, que o município está assumindo o compromisso de assegurar a oferta de ações e serviços no âmbito da Atenção Básica, operando o serviço público de forma a garantir inclusive o deslocamento do usuário para um serviço de referência quando na própria cidade não oferece tal serviço (BRASIL, 1996a).

autonomia para gestão com as mudanças no financiamento da saúde pela implementação do Piso da Atenção Básica²⁴ (PAB) (BRASIL, 1996a).

Nesse mesmo período, o município iniciou o processo de implantação das ESF, começando pela zona rural nos Distritos de Itajuru e Florestal, no ano de 1998, chegando ao final do ano de 2001, com onze equipes implantadas.

Em março de 2001, Jequié é habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde²⁵ (NOB 01/1996), tendo sido reabilitada em 21 de setembro do mesmo ano atendendo às diretrizes preconizadas pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001. Posteriormente (2005), segue orientações da NOAS 01/2002, que amplia as responsabilidades com a Atenção Básica, bem como com o processo de Descentralização e Regionalização, buscando maior equidade na assistência à saúde, tendo, portanto, um fortalecimento na capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2001c; JEQUIÉ, 2006).

No período da elaboração do Plano Municipal de Saúde (2006/2009), Jequié encontrava-se em vias de implantação do Pacto pela Saúde, o qual propõe mudanças significativas para a execução do SUS, tais como: substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos já existentes.

A implantação do Pacto nas suas três dimensões – Pacto pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão – pressupõe a efetivação de acordos entre as esferas de gestão do SUS, para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão, que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2007b).

²⁴**Piso da Atenção Básica** – Consiste num montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de Atenção Básica à saúde, composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, e outros que venham a ser posteriormente agregados e será definida com base em critérios técnicos específicos de cada programa (BRASIL, 1997a).

²⁵**Gestão Plena do Sistema de Saúde** – Esta modalidade de gestão prevista no NOB 01/96 ampliou a autonomia e a responsabilidade dos municípios, inclusive com a garantia de oferta de serviços no seu território para residentes e não residentes (BRASIL, 1996a).

Por meio do Relatório de Gestão²⁶ de Jequié do ano de 2008, é possível verificar que, o município, atentando para a Portaria nº. 699/GM de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006b) assinou o Termo de Compromisso de Gestão Municipal em 06 de dezembro de 2007, homologada mediante Resolução da Comissão Intergestores Bipartite²⁷ (CIB) nº. 166/2007, aderindo com este gesto ao Pacto pela Saúde, comprometendo-se e responsabilizando-se com a *gestão da saúde* a partir dos seguintes eixos: I - Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; II - Regionalização; III - Planejamento e Programação; IV - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; V - Gestão do Trabalho; VI - Educação na Saúde; VII - Participação e Controle Social.

Com relação à *assistência à saúde*, o município firmou compromisso nos seguintes eixos: I – Redução da Mortalidade Infantil e Materna; II – Controle de Doenças e Agravos Prioritários; III – Melhoria da gestão, reorientação do Modelo Assistencial, ampliação do acesso e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde; IV – Desenvolvimento de recursos humanos; V – Fortalecimento do Controle Social; VI – Vigilância Sanitária e Ambiental. Todas as ações programadas e alcançadas constam no Relatório de Gestão (2008) e reafirmam a postura do município de Jequié frente à orientação do Pacto pela Saúde.

Um dado relevante é que Jequié encontra-se entre os 117 municípios baianos que aderiram ao Pacto pela Saúde - 28% do Estado apenas até o mês de abril de 2010. E, dentre os municípios da macro Sul somente Jequié (06/12/2007) e mais Coaraci (18/03/2010); Ibicaraí (08/11/2007); Itabuna (20/08/2009) e Valença (23/07/2009) assinaram o Termo de Compromisso de Gestão. Os demais permanecem habilitados conforme a NOB 01/1996.

A Secretaria Municipal de Saúde de Jequié está situada no centro da cidade ocupa um edifício de quatro andares, com vinte nove salas e um auditório, nas quais estão distribuídos os Departamentos com seus respectivos setores, a Assessoria de Avaliação, Controle e Auditoria, o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal, conforme descrito anteriormente no Organograma 1. Ao lado do prédio encontra-se a Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié (CERAJE), responsável pelo agendamento de consultas, procedimentos e exames em rede com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o município.

²⁶**Relatório de Gestão** – É um instrumento da gestão do SUS que tem como finalidade sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, funcionando como prestação de contas, uma vez que, estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos. Possibilita o acompanhamento da conformidade dos recursos aplicados à programação aprovada (BRASIL, 2000b).

²⁷**Comissão Intergestores Bipartite** – Criada pela NOB 01/1993 como fórum de discussão e pactuação entre gestores estaduais e municipais. É paritária e deliberativa servindo como um espaço de construção e consolidação de parcerias entre o estado e os municípios (BRASIL, 1993).

São cerca de 1300 trabalhadores na saúde; mais de 30 Sistemas de Saúde a serem manuseados/alimentados periodicamente; mais de 50 prestadores²⁸ ao SUS, além de setores adjuntos que adquirem grande importância na saúde como o almoxarifado central, o setor de transportes, de comunicação em saúde, publicidade, que compõem a magnitude da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié.

3.2.2 UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

As Unidades de Saúde da Família (USF) compõem um dos espaços utilizados como cenário, portanto dedicamo-nos ao descrevê-las considerando a importância de conhecer o campo para a efetivação da pesquisa. Atualmente são vinte e seis equipes de PSF.

Quadro 3 Distribuição das USF, por ano de implantação e localização. Jequié-BA, 2010.

Nº	NOME DA UNIDADE	ANO DE IMPLANTAÇÃO	LOCALIZAÇÃO	
01	USF Isabel Andrade	1998	Florestal	zona rural
02	USF Waldomiro Borges Souza	1998	Itajuru	zona rural
03	USF Antônio Carlos Martins	1999	São Judas Tadeu	zona urbana
04	USF Isa Cléria Borges	1999	Km 3	zona urbana
05	USF Milton Rabelo I	1999	Km 4	zona urbana
06	USF Odorico Mota da Silveira	1999	Barro Preto	zona urbana
07	USF Padre Hilário Terrosi I	1999	Inocop	zona urbana
08	USF Padre Hilário Terrosi II	1999	Inocop	zona urbana
09	USF Senhorinha F. de Araújo	1999	Curral Novo	zona urbana
10	USF Tânia D. C. Leite de Brito	1999	Cansação	zona urbana
11	USF Rubens Xavier I	2001	Alto da Bela Vista	zona urbana
12	USF Milton Rabelo II	2004	Km 4	zona urbana
13	USF Aurélio Schiarretta I	2005	Itaigara	zona urbana
14	USF Aurélio Schiarretta II	2005	Itaigara	zona urbana
15	USF Gilson Pinheiro	2005	Alto da Boa vista	zona urbana
16	USF Girselando Biondi I	2005	Pau Ferro	zona urbana
17	USF Girselando Biondi II	2005	Pau Ferro	zona urbana
18	USF Ildelfonso G. de Araújo	2005	Santa Luz	zona urbana
19	USF Amando Ribeiro Borges I	2007	Água Branca	zona urbana
20	USF Amando Ribeiro Borges II	2007	Água Branca	zona urbana
21	USF José M. H. Sandoval I	2007	Urbis IV	zona urbana
22	USF José M. H. Sandoval II	2007	Urbis IV	zona urbana
23	USF Virgílio de Paula T.Netto I	2007	Cidade Nova	zona urbana
24	USF Virgílio de Paula T.Netto II	2007	Cidade Nova	zona urbana
25	USF João Caricchio Filho	2008	Amaralina	zona urbana
26	USF Rubens Xavier II	2009	Alto da Bela Vista	zona urbana

Fonte: Departamento de Assistência à Saúde. Jequié-BA, 2009.

²⁸**Prestadores** – São serviços provados que prestam seus serviços ao SUS por meio de uma pactuação/acordo entre gestão e prestador para complementar a rede de serviços municipais e garantir o atendimento, principalmente na média complexidade, exemplo, clínica de olhos, clínica de otorrinolaringologia, laboratórios e outros.

Jequié já construiu uma história de doze anos de PSF, começando com duas equipes de zona rural e alcançando em 2010 o número de vinte seis equipes como demonstra o Quadro 3.

Até 2001 o município implantou dez USF, sendo uma com equipe dupla²⁹, o que totaliza onze Equipes de Saúde da Família (ESF) (24% de cobertura³⁰). Houve um momento em que diminuiu o número de implantações (entre 2002 e 2004), com apenas uma nova equipe em unidade preexistente (Milton Rabelo II), ou seja, entre 1998 e 2004 – ao longo de seis anos - foram implantadas doze ESF em Jequié (média de 02 equipes/ano).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) acompanhou o processo de implantação do PSF e em várias reuniões a temática era pauta de discussão para organização do funcionamento das equipes. As discussões giravam em torno de: localização das equipes (ata ordinária nº. 22 de 28/07/1998; ata ordinária nº. 32 de 20/01/1999); treinamento para as ESF (ata ordinária nº. 23 de 04/08/1998); critérios para seleção dos membros das equipes e alocação de recursos (ata ordinária nº. 37 de 08/06/1999; ata ordinária nº. 40 de 20/07/1999; ata ordinária nº. 41 de 20/08/1999).

Alguns problemas foram apontados pela comunidade e profissionais de saúde e levados para serem discutidos nas reuniões do CMS como na reunião extraordinária de 04/04/2000 (ata nº. 50), que foi convocada exclusivamente para discutir o PSF: importância do PSF no município; falta de amparo legal dos trabalhadores, problemas salariais; falta de cumprimento de carga horária médica; falta de costume da população com um único médico na equipe; demanda elevada; estrutura improvisada; necessidade de referência e contra-referência³¹.

A existência e enfrentamento desses problemas coincidem com o período sem implantações de novas ESF. Ainda assim, o município reafirma o seu compromisso com a reorganização da Atenção Básica e no Relatório de Gestão de 2004 o PSF é conceituado no contexto municipal como

²⁹**Equipe dupla** – Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes a depender da concentração do número de famílias do território de abrangência (BRASIL, 2001b).

³⁰**Cobertura de equipes** – A cobertura de PSF é calculada a partir dos seguintes critérios: $C = ((E \times 3450) / P) \times 100$, onde C = cobertura populacional do programa em percentagem, arredondada para uma casa decimal; E = número de equipes de saúde da família; P = número de habitantes do município naquele período de acordo com o IBGE (BRASIL, 2001b).

³¹**Referência e contra-referência** – O sistema de referência e contra-referência compreende uma articulação entre os níveis de atenção à saúde – primário (Atenção Básica), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) - sendo a **referência** o trânsito do nível menor para o de maior complexidade e a **contra-referência** do nível de maior complexidade para o menor (WITT, 1992).

a porta de entrada do sistema, com uma atuação sanitária baseada na promoção de saúde, tornando-se um “fio condutor” do reordenamento dos demais níveis de atenção, articulando os serviços já existentes no município e na região, a fim de oferecer o atendimento integral às necessidades de saúde da população (JEQUIÉ, 2005, s/p).

No mesmo Relatório de 2004 (JEQUIÉ, 2005) é estabelecida a meta para 2005 de 70% de cobertura do PSF em Jequié. No entanto, o município encerra o ano de 2005 com a cobertura de 51,31% segundo o Relatório de Gestão de 2005, com a implantação de seis novas ESF. Mas, ainda assim, permanece como meta uma cobertura maior. Entre 2007 e 2009, com a implantação de mais oito equipes, Jequié então chega à 57,21%, em um total de vinte e seis equipes, que é a cobertura atual não alcançando, portanto a meta prevista (JEQUIÉ, 2009).

Quanto às ações/responsabilidades das ESF, observamos no que está descrito no Relatório de Gestão de 2008 (JEQUIÉ, 2009), que estão de acordo com o que é previsto pelo Ministério da Saúde para a Atenção Básica, no âmbito de: Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto; Saúde Bucal, conforme descrevemos no Quadro 4.

Quadro 4 Distribuição das responsabilidades desenvolvidas pelas ESF. Jequié-BA. 2009.

Atenção à Saúde	Responsabilidades
Saúde da Criança	Vigilância Nutricional; Imunização; Assistência às doenças prevalentes na infância;
Saúde da Mulher	Pré-natal; Imunização; Prevenção de câncer de colo de útero; Planejamento familiar e Saúde Reprodutiva;
Saúde do Adulto	Controle da Hipertensão Arterial; Controle da Diabetes Mellitus; Controle da Tuberculose; Eliminação da Hanseníase;
Saúde Bucal	Prevenção e tratamento dos problemas odontológicos prioritariamente na população de 0 a 14 anos e gestantes; Cadastramento de usuários; Atendimento às urgências odontológicas.

Fonte: Relatório de Gestão de 2008. Jequié-BA, 2009.

Em cada uma dessas Responsabilidades estão previstas ações de caráter preventivo e de promoção da saúde. Todas as equipes são orientadas pelo Núcleo de Atenção Básica vinculado ao Departamento de Assistência à Saúde, porém cada uma elege suas estratégias para a execução das atividades de forma a atender suas demandas.

Com relação à Saúde da Criança todas as equipes possuem o serviço de acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, bem como acompanham as famílias beneficiárias do Programa Social Bolsa-família, por meio do qual o governo federal fornece “uma bolsa” para famílias em situação de pobreza. O serviço que ainda não está descentralizado é o teste de triagem neonatal – teste do pezinho – que ainda é realizado apenas nos Centros de Saúde (até o momento da coleta dessa pesquisa). O serviço odontológico³² foi implantado nas ESF em 2005 com a inclusão do Odontólogo e um Auxiliar de Consultório Odontológico (ACD) na equipe.

São ao todo dezoito unidades/construções, sendo que em dez há apenas uma ESF e em oito há equipes duplas totalizando vinte e seis ESF. Todas possuem sede própria com uma estrutura física padronizada, havendo algumas particularidades devido à localização e tamanho do terreno, ao número de equipes e à conservação do prédio, tendo em vista que algumas já foram construídas há aproximadamente seis ou sete anos. Apenas as duas equipes de zona rural utilizam estruturas de Postos de Saúde construídos em período anterior ao PSF e que foram reformadas/adaptadas.

Ao tomarmos conhecimento do número de equipes, estrutura física e do funcionamento (equipe única e equipe dupla), sentimos a necessidade de definirmos nesse campo, em quais equipes o estudo poderia ser desenvolvido, uma vez que, as unidades com equipe única possuem apenas um gerente e as unidades duplas possuem dois gerentes. Pensando nessa peculiaridade e comprometidos com a viabilidade da pesquisa, não desejando adentrar por viés que pudesse de alguma forma, nos afastar dos objetivos propostos neste estudo, definimos como área de abrangência que comporia o campo dessa investigação as USF com uma única ESF, tanto da zona rural como da zona urbana.

As informações doravante estarão relacionadas às USF que possuem uma única equipe, poderão coincidir em algum momento com as demais unidades, no entanto, o nosso olhar manteve-se atento às unidades/cenário do estudo – com equipe única – as quais nos dispomos a caracterizar. Antes mesmo de iniciar a coleta de dados, a SMS concedeu algumas informações a respeito das USF para compreensão do campo da investigação, as atividades desenvolvidas, a população cadastrada, número de famílias. Porém, estando em campo, algumas informações vieram a complementar esta descrição.

³²**Serviço odontológico** – Segundo a Portaria n.º 648/2006, a equipe de saúde bucal na modalidade I é composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela população vinculada às duas equipes; a modalidade II inclui um Técnico de Higiene Dental (THD) (BRASIL, 2006a).

O Quadro 5 demonstra as USF que fizeram parte do cenário deste estudo e a composição da equipe de saúde e demais trabalhadores (administrativo e apoio).

Quadro 5 Composição das ESF e trabalhadores das USF/cenário Jequié-BA, 2010.

NOME DA USF	EQUIPE BÁSICA					DEMAIS MEMBROS				TOTAL	
	M	E	O	A/ T	ACD	ACS	AA	OA	V**		ASG
Isabel Andrade	1	1	1	2	1	14	-	1	1	1	23
Waldomiro B. de Souza	1	1	1	2	1	12	1	-	1	2	22
Antônio Carlos Martins	1	1	1	2	1	05	1	1	1	1	15
Isa Cléria Borges	1	1	1	2	1	11	1	1	1	1	21
Odorico Mota da Silveira	1	1	1	2	1	10	2	1	1	1	21
Senhorinha F. de Araújo	1	1	1	2	1	5 +1*	1	1	1*	1	16
Tânia D. C. L. de Brito	1	1	1	2	1	5	1	1	-	1	14
Gilson Pinheiro	1	1	1	2	1	5 +1*	2	-	1	1	16
Ildfonso G. de Araújo	1	1	1	2	1	7	1	1	1	1	17
João Caricchio Filho	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	13
TOTAL FINAL	10	10	10	20	10	79	11	08	09	11	178

Fonte: Dados coletados junto ao gerente da USF, durante observação sistemática, no período de fev/mar/abril 2010.

*Funcionários que fazem parte da equipe, mas que estão em licença médica e não foram substituídos.

**Este vigilante cumpre suas atividades diuturnamente. No período da noite as unidades são monitoradas por sistema eletrônico, instalado desde o ano de 2007, ficando o gerente da unidade e mais o vigia diurno com a senha do alarme e a empresa responsável possui o número de contato destes funcionários para acioná-los diante de alguma irregularidade à noite.

Legenda: (M) Médico; (E) Enfermeiro; (O) Odontólogo; (A/T) Auxiliar/Técnico de enfermagem; (ACD) Auxiliar de Consultório Dentário; (ACS) Agente Comunitário de Saúde; (AA) Agente Administrativo; (AO) Oficial Administrativo; (V) Vigilante; (ASG) Auxiliar de Serviços Gerais.

Quanto à composição da equipe, as USF estão em conformidade com o que está preconizado pelo MS na Portaria de nº. 648/2006 no item 3 do Capítulo II, que trata da infraestrutura e recursos necessários ao Saúde da Família, estabelecendo como no mínimo para o funcionamento a seguinte equipe multiprofissional: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Também prevê a implantação da equipe de saúde bucal (ESB) com o cirurgião dentista e o auxiliar de consultório dentário e que todas as USF pesquisadas possuem.

O número de ACS por equipe variou de três (na USF João Caricchio Filho – Amaralina) a quatorze (na USF Isabel Andrade – Florestal). Brasil (2007a) define o número máximo de 750 pessoas por ACS e de doze ACS por equipe como suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Contudo, podemos observar que na realidade encontrada, a equipe de Florestal está situada na zona rural e as localidades são bastante acidentadas e as casas situadas distantes umas das outras, justificando a necessidade de mais microáreas em seu mapeamento.

Já a USF localizada no bairro da Amaralina é a mais nova unidade construída (2008), e enquanto coletávamos dados do estudo, a área de abrangência ainda estava sendo remapeada

pela equipe, juntamente com o Núcleo de Atenção Básica, e, aguardando a convocação de ACS selecionado, o que possivelmente, justifica o número pequeno de ACS.

Quanto aos demais trabalhadores de saúde encontramos algumas singularidades quanto à distribuição desses funcionários. Mas, de forma geral, a composição é esta: *um agente administrativo* (responsável por tarefas simples de cunho administrativo, agendamento interno, atendimento telefônico, recepção, arquivo e, na maioria das vezes, na farmácia fornecendo medicação); *um oficial administrativo* (responsável por atividades mais complexas, de cunho administrativo, como recebimento e conferência de material, serviços de computação e marcação de consultas, exames e procedimentos via *on line* no sistema do CERAJE); *um vigilante* (responsável pela segurança e manutenção da ordem, atua somente durante o dia desde 2006, quando as unidades receberam alarmes que fazem a “segurança” no período da noite); *um auxiliar de serviços gerais* (responsáveis pela limpeza e conservação da unidade).

Não há uma uniformidade nesta distribuição dos funcionários, havendo equipes com dois agentes administrativos enquanto outras não têm. Há equipe que não dispõe do oficial administrativo e o agente administrativo é quem faz o agendamento dos exames pelo CERAJE. Há equipe sem vigilante diurno, no momento da caracterização do cenário da pesquisa.

Com relação ao funcionamento do trabalho das equipes, foi possível observar que as USF mantêm uma relação estreita com os diversos setores da SMS, como se houvesse uma rede que entrelaça a ESF e todo o corpo de técnicos que compõem a SMS, de modo que, acreditamos, deve existir uma comunicação entre esses setores para garantir o fluxo da assistência ao usuário.

O trabalho da equipe também está relacionado com o trabalho de outros atores no SUS, sendo possível identificar no campo de estudo a presença do motorista do carro da visita; do *office boy*; dos técnicos que dão manutenção aos equipamentos.

Quanto ao aspecto físico, embora as estruturas sejam semelhantes, há algumas peculiaridades que as tornam únicas e de difícil comparação, exemplo, o tamanho das salas, do terreno e a utilização dos ambientes pela equipe em cada unidade. Em algumas unidades o local destinado à copa funciona como sala de esterilização, ao tempo em que, em outras esse espaço é invertido (onde seria a esterilização é a copa). O Quadro 6 demonstra a composição da estrutura física das USF.

Quadro 6 Estrutura Física das USF, com uma única equipe. Jequié-BA, fev/2010

NOME DA UNIDADE	AMBIENTES DA UNIDADE															
	CM	CE	CO	R	F	A1	A2	SM	ST	SV	SP	SE	SR	SCE	C	S
Isabel Andrade	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	1	5
Waldomiro B. de Souza	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	5
Antônio Carlos Martins	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	-	1	6
Isa Cléria Borges	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	-	1	6
Odorico Mota da Silveira	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	-	1	7
Senhorinha F. de Araújo	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-	1	7
Tânia D. C. L. de Brito	1	1	1	1	1	-	1	-	1	1	1	1	1	-	1	2
Gilson Pinheiro	1	1	1	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-	1	7
Ildefonso G. de Araújo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	7
João Caricchio Filho*	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	-	1	4
TOTAL FINAL	10	10	10	10	10	7	10	03	06	10	10	09	09	01	10	56

Fonte: Dados coletados junto ao gerente da USF, durante observação sistemática, no período de fev/mar/abril 2010.

*Única unidade que possui expurgo.

Legenda: (CM) consultório médico; (CE) consultório de enfermagem; (CO) consultório odontológico; (R) Recepção; (F) Farmácia; (A1) Arquivo; (A2) Almoxarifado; (SM) Sala de Marcação; (ST) Sala de Triagem; (SV) Sala de Vacina; (SP) Sala de Procedimentos; (SE) Sala de Esterilização; (SR) Sala de Reunião; (SCE) Sala de Coleta de Exames; (C) Copa/cozinha; (S) Sanitários.

O guia Prático do PSF 1 (BRASIL, 2001d) descreve as instalações e equipamentos que a USF deve ter, no mínimo, para o seu funcionamento, a saber:

uma **sala de recepção**, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas e, sempre que possível, um aparelho de TV com videocassete, para transmissão de filmes com informações sobre cuidados com a saúde; um local para os **arquivos e registros**; um local para **cuidados básicos de enfermagem**, como curativos e outros pequenos procedimentos; uma **sala de vacinação**, de acordo com as normas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização; um **consultório médico**; um **consultório de enfermagem**; **sanitários**; sempre que possível, um **espaço para atividades de grupo** (por exemplo, de gestantes, de hipertensos) e para educação permanente da ESF; uma **clínica odontológica** com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento a saúde bucal, quando incorporado ao Saúde da Família (BRASIL, 2001d, p. 72).

De acordo com a descrição acima, é possível observar que, todas as USF com equipe única de Jequié encontram-se de acordo com o que o MS preconiza, porém a Portaria de nº. 648/2006, também cita no item 3, do Capítulo II, que trata *da infra-estrutura e dos recursos necessários*, a “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2006a, s/p). Daí somar-se aos aspectos descritos de forma básica no Guia Prático do PSF, nas unidades de saúde espaços para marcação de exames, sala de triagem, sala de coleta, como visualizado em algumas unidades no município de Jequié.

Chama-nos a atenção os consultórios odontológicos, que na maioria das unidades, ficam no espaço interno em conjunto com os demais (médico e de enfermagem). Em três unidades, porém, há um anexo para o atendimento de odontologia, gerando uma segunda recepção, o que traz certo conforto para o usuário, já que a espera não está concentrada em um único espaço da USF.

Foi possível observar também o agendamento de consultas e exames, via sistema *on line* (referenciados para laboratórios e clínicas da rede de saúde do município), na maioria das unidades é realizado na própria recepção pelo oficial administrativo, o que gera em dados momentos do mês um fluxo intenso de usuários, devido a “cotas liberadas” no sistema. Contudo, três unidades possuem espaço anexo suficiente para realizar tal marcação, que torna o dia de maior demanda da referida marcação menos fatigante, tanto para usuários, como para o oficial administrativo.

As unidades que não possuem arquivo (03) utilizam o espaço na recepção para guardar os prontuários das famílias. Sala de reuniões há em praticamente todas (exceto na mais antiga e na mais nova). Todas possuem sanitários para usuários e funcionários separados e alguns banheiros já estão sendo adaptados para deficiente físico. Descrevemos tais aspectos do cenário, sem citar os nomes das unidades, preservando desta forma, os seus trabalhadores e a própria gestão do SUS.

Quanto à adscrição da clientela em cada área de abrangência das USF/cenário desse estudo, o Quadro 7 mostra a população cadastrada por faixa etária.

Quadro 7 População adscrita nas USF com uma única equipe. Jequié-BA, fev/2010.

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	POPULAÇÃO CADASTRADA (POR FAIXA ETÁRIA)			
	< 4 anos	5 a 14 anos	> 15 ANOS	TOTAL
USF Isabel Andrade	60	869	3024	3953
USF Waldomiro Borges de Souza	65	888	3029	3982
USF Antônio Carlos Martins	206	1312	4086	5604
USF Isa Cléria Borges	108	1020	3074	4202
USF Odorico Mota da Silveira	81	942	5127	6150
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	182	1127	4535	5844
USF Dra.Tânia D. C. Leite de Brito*	-	-	-	-
USF Dr. Gilson Pinheiro	187	798	2531	3516
USF Ildefonso Guedes de Araújo	219	868	2770	3857
USF Dr. João Caricchio Filho*	-	-	-	-
TOTAL FINAL	1108	7824	28176	37108

Fonte: Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Jequié-BA. 2010.

*Os dados dessas unidades não foram disponibilizados no período da consulta. Da USF Tânia Brito, por problemas no Sistema e, da USF João Caricchio Filho, por ainda não terem sido digitados no momento da coleta.

Tomando como parâmetro o que orienta a Portaria do MS de nº. 648/2006 a equipe multiprofissional deve estar responsável por, no máximo, 4000 habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes. Podemos observar nos dados do SIAB de Jequié que

algumas ESF, estão com um número excessivo de cadastrados, não atendendo ao que determina o MS.

Quanto ao número de famílias, o Quadro 8 demonstra o cadastramento realizado nas USF pesquisadas:

Quadro 8 Distribuição de famílias e de microáreas nas USF com equipe única. Jequié-BA, fev/ 2010.

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Número de ACS/microáreas	Número de famílias	Pessoas cadastradas
USF Isabel Andrade	14	979	3953
USF Waldomiro Borges de Souza	12	920	3982
USF Antônio Carlos Martins	05	1377	5604
USF Isa Cléria Borges	11	1033	4202
USF Odorico Mota da Silveira	10	1350	6150
USF Senhorinha Ferreira de Araújo	6	1607	5844
USF Dra. Tânia D. C. Leite de Brito*	5	-	-
USF Dr. Gilson Pinheiro	6	867	3516
USF Ildelfonso Guedes de Araújo	7	1037	3857
USF Dr. João Caricchio Filho*	3	-	-
TOTAL FINAL	79	9170	37108

Fonte: Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB). Jequié-BA. Abril/2010.

* Os dados dessas unidades não foram disponibilizados no período da consulta. Da USF Tânia Brito, por problemas no Sistema e, da USF João Caricchio Filho, por ainda não terem sido digitados no momento da coleta.

Embora o número de famílias não seja considerado um critério para a composição da área adscrita, e sim, o número de pessoas, nota-se que há uma grande oscilação quanto a esta variável nas USF pesquisadas. A maioria encontra-se com um número de famílias acima de 1000, o que pode comprometer a assistência. As equipes de zona rural (Isabel Andrade e Waldomiro Borges) encontram-se com uma média adequada de famílias/ACS (65/ACS) e de pessoas/ACS (282). Já a USF Antônio Carlos Martins possui cinco microáreas e 1377 famílias cadastradas, isto resulta em uma média de aproximadamente 275 famílias/ACS, o que deveria ser até 150 ou até 750 (BRASIL, 2006). Outras unidades, como a USF Senhorinha Ferreira de Araújo e a Odorico Mota apresentam número elevado de cadastrados, contrariando o que preconiza o MS.

Algumas equipes, no entanto, encontram-se compatíveis com o MS, além das equipes de zona rural, a USF Gilson Pinheiro (867 famílias e 3516 pessoas cadastradas) e a USF Ildelfonso Guedes (1037 famílias e 3857 pessoas cadastradas).

Com o conhecimento do campo do estudo, passamos à caracterização dos sujeitos do estudo a partir deste momento.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Após a definição do campo da pesquisa é de igual importância a caracterização dos sujeitos a serem pesquisados de forma que atenda aos objetivos pré-estabelecidos. Segundo Minayo (2008), o critério de escolha da amostra em pesquisa de natureza qualitativa não é numérico, embora o pesquisador, muitas vezes, precise justificar a delimitação de pessoas entrevistadas. Enquanto refletíamos acerca de “a quem entrevistar”, também nos perguntávamos “quantos entrevistar”, mas para a autora “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (grifo da autora) (MINAYO, 2008, p. 197).

Portanto, não preocupados com a quantidade, mas com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, os sujeitos desse estudo foram constituídos em três grupos, totalizando uma amostra de 24 entrevistados, definida mediante o critério de saturação³³ dos dados. Constituídos pelos sujeitos assim: *grupo I* composto por formuladores de políticas, envolvidos diretamente com a definição de objetos, estratégias políticas, programas e projetos, atuando na SMS, no Departamento de Assistência à Saúde e no Núcleo de Atenção Básica, estando ligados à organização e funcionamento das ESF o qual denominamos de *gestores*.

Os critérios de inclusão foram trabalhadores da saúde, formuladores de políticas voltadas à Atenção Básica e, especificamente, ao PSF em Jequié, atuantes na Secretaria Municipal de Saúde. Participaram três formuladores de políticas que atuam na SMS, caracterizados como mostra o Quadro 9.

Quadro 9 Caracterização dos gestores/formuladores de políticas, participantes do estudo. Jequié-BA. Fev/mar/abril/2010.

Informante	Sexo	GRUPO I – GESTORES		
		Tempo de formação	Tempo que atua como gestor	Treinamento para atuar na gestão
Informante 1	F	12 anos	5 meses*	Não
Informante 2	M	2 anos e 4 meses	1 ano e 4 meses	Não
Informante 3	F	5 anos	3 anos	Não

Fonte: Dados coletados durante a pesquisa de campo. Fev/mar/abril. Jequié. 2010

*A informante 1 relatou que atua na gestão há 5 meses, mas depois complementou a informação, afirmando que, já atuou antes, nessa mesma função, durante 5 anos.

Entendemos que o processo de trabalho na prática gerencial do PSF está relacionado diretamente aos componentes administrativos que regem o sistema de saúde local. Então, não

³³**Critério de saturação** – Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo (MINAYO, 2008, p. 198-9).

poderíamos analisar um processo de trabalho em Saúde da Família sem conhecê-lo na perspectiva dos gestores na SMS. Por esse motivo, consideramos de fundamental importância a inclusão deste grupo como sujeitos contribuintes e formuladores de políticas.

No *Grupo I* não revelamos a formação dos trabalhadores para preservar o sigilo e o anonimato, respeitando, dessa forma, as questões éticas que permeiam a pesquisa. Um dos informantes possui 12 anos de formação e demonstra experiência quanto às ações de gestão (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle).

O *grupo II* foi composto por profissionais/membros das ESF que no momento da coleta de dados estavam desempenhando o papel de gerente da USF na qual atua apenas uma equipe. A este grupo denominamos *gerentes*, composto por (10) entrevistados caracterizados conforme Quadro 10.

Os gerentes das USF em sua totalidade são enfermeiros, sendo que apenas (01) é do sexo masculino. As idades variaram entre 27 e 50 anos com uma média de 35 anos. Dos dez um total de (07) informam pós-graduação na área de Saúde Coletiva ou Saúde Pública e (03) em outras áreas (urgência e emergência; UTI; metodologia do ensino superior e gerontologia). Quanto ao tempo de formação, (05) têm menos de cinco anos de formado e (05) têm mais de oito, variando o tempo de formação entre 1 ano e 2 meses e 18 anos. E quanto ao tempo em que atuam no PSF, (05) têm menos de 2 anos que estão atuando no saúde da Família e (05) atuam há mais de 4 anos e meio, variando entre 1 ano e 1 mês até 13 anos.

Quanto à prática gerencial, todos os gerentes entrevistados ao entrarem na ESF já passaram a atuar como gerente, ou seja, o tempo de atuação no PSF de todos coincide com o tempo de atuação na gerência. São chamados em Jequié comumente de Coordenadores. Não relataram treinamento específico para a gerência, apenas (01) informou que houve uma capacitação durante um final de semana antes de ingressar no PSF; (01) relatou estar fazendo um curso - "Linhas de Cuidado" - que aborda gerência e (01) informou ter feito um curso, por conta própria de gerência ligado ao comércio.

Quadro 10 Caracterização dos gerentes, participantes do estudo. Jequié-BA. Fev/mar/abril/2010.

GRUPO II – GERENTES									
Informante	Idade	Sexo	Formação	Pós-graduação	Tempo de formação	Tempo que atua no PSF	Tempo de gerência	Outras Funções no PSF	Treinamento para atuar na gerência
Informante 4	32	F	Enfermeira	Gestão de Saúde Pública	3 anos e 8 meses	1 ano e 1 mês	1 ano e 1 mês	Assistência e presidência do CLS****	SIM*
Informante 5	27	F	Enfermeira	Urgência e Emergência	1 ano e 2 meses	1 ano e 1 mês	1 ano e 1 mês	Assistência	NÃO
Informante 6	43	F	Enfermeira	Administração Hospitalar	18 anos	11 anos	11 anos	Assistência	NÃO
Informante 7	36	F	Enfermeira	Saúde Coletiva	2 anos e 6 meses	1 ano e 1 mês	1 ano e 1 mês	Assistência	NÃO
Informante 8	50	F	Enfermeira	Saúde Coletiva	18 anos	10 anos	10 anos	Assistência e presidência do CLS	NÃO
Informante 9	29	M	Enfermeiro	Saúde Coletiva	2 anos e 9 meses	1 ano e 8 meses	1 ano e 8 meses	Assistência	NÃO
Informante 10	28	F	Enfermeira	UTI Metodologia do Ensino Superior	2 anos	1 ano e 3 meses	1 ano e 3 meses	Assistência	SIM**
Informante 11	36	F	Enfermeira	Saúde Coletiva Gestão do Trabalho	14 anos	13 anos	13 anos	Assistência	NÃO
Informante 12	32	F	Enfermeira	Saúde Coletiva	8 anos	4 anos e 6 meses	4 anos e 6 meses	Assistência	NÃO
Informante 13	38	F	Enfermeira	Gerontologia	13 anos	6 anos	6 anos	Assistência e presidência do CLS	SIM***

Fonte: Dados coletados durante pesquisa de campo, fev/mar/abril. Jequié. 2010.

*A informante 4 disse ter recebido treinamento ao ser convocada para atuar no PSF em Jequié em um fim de semana na SMS;

**A informante 10 falou que está fazendo um Curso de “Linhas de Cuidado”, que treina para a gerência;

***A informante 13 relatou que fez um Curso de Gerência relacionado ao Comércio.

****Conselho Local de Saúde.

O Grupo III foi constituído de usuários cadastrados nas USF, incluídos na pesquisa aleatoriamente mediante os seguintes critérios: estarem cadastrados na USF, participante de algum espaço de controle social/comunitário (Conselho Local de Saúde, Associação de moradores ou outros) e/ou participando de algum programa/atividade da USF de forma que ele atenda a um agendamento (oferta organizada) pelo menos duas vezes no semestre: serviço de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Pré-natal, Planejamento Familiar.

A escolha da inclusão deste sujeito no estudo se deu por entendermos que, o processo de trabalho na prática gerencial do PSF acontece efetivamente para o usuário, buscando atender suas necessidades de saúde. Considerando também, que o objeto do trabalho do

gerente em saúde é o próprio usuário do serviço, por conseguinte, este sujeito deveria participar desse estudo.

Santos (2007) afirma que as diretrizes mais gerais na Atenção Básica, seja em UBS, PSF ou outro local, são dadas por instâncias superiores como coordenação municipal, uma supervisão estadual, ligada ao federal por meio do Ministério da Saúde. Porém, o cotidiano da unidade é construído no campo, com seus atores, estando sem dúvidas, os usuários incluídos nesse rol de protagonistas.

O usuário sofre a ação do processo de trabalho gerencial, ainda que por vezes de forma indireta, e, ao nosso olhar configurou-se como ponto de compreensão e também de contradição identificar a gerência pelas lentes de quem utiliza e se beneficia do serviço de saúde. Portanto, foram entrevistados (11) usuários que compõem o Grupo III caracterizados no Quadro 11.

Os componentes do *Grupo III* foram encontrados aleatoriamente durante a fase de coleta da pesquisa aguardando atendimento na USF ou com auxílio do ACS ao citar aonde residia algum conselheiro ou membro de associação. São (06) do sexo feminino e (05) do sexo masculino com a média de 45 anos, variando a idade entre 21 e 74 anos. Quanto à escolaridade (02) são analfabetos, (05) possuem o fundamental incompleto, (01) o fundamental completo, (02) completaram o ensino médio e (01) é pós-graduada. Quanto à ocupação (02) estão desempregados, (02) só trabalham no seu próprio lar, (02) são aposentados e (05) estão desenvolvendo atividade laborativa remunerada (merendeira e locutora; vigilante; copeira; vendedora autônoma; agente administrativo).

O tempo de residência na área de abrangência varia de 2 a 51 anos, com uma média de 24 anos. O tempo de cadastrados varia de 2 a 12 anos (tempo em que há PSF em Jequié), com uma média de 8 anos de cadastrados. Quanto à participação em espaços de controle social (02) participam de Conselho Local de Saúde, (06) participam de associação de moradores, sendo que (01) participa dos dois. Apenas (04) não participam como membro de nenhuma entidade interrogada.

Quadro 11 Caracterização dos usuários, participantes do estudo. Jequié-BA. Fev/mar/abril/2010.

GRUPO III – USUÁRIOS								
Informante	Idade	Sexo	Escolaridade	Ocupação	Tempo de residência na área abrangência	Tempo de cadastramento	Programa/serviço que frequenta	Participação em Associação e/ou CLS
Informante 14	44	F	Fundamental incompleto	Merendeira e locutora	30 anos	10 anos	Hipertensão Arterial	ASBEMAC* (membro)
Informante 15	63	F	Fundamental incompleto	Do lar	19 anos	10 anos	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	-
Informante 16	58	F	Analfabeta	Do lar	40 anos	12 anos	Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	Associação do Ponto Novo (membro)
Informante 17	74	M	Analfabeto	Aposentado	28 anos	5 anos	Doença Crônica	CLS (membro) e fiscal da associação de bairro
Informante 18	41	M	Fundamental incompleto	-	33 anos	10 anos	Consulta clínica periódica devido à seqüela de acidente	-
Informante 19	51	F	Fundamental completo	copeira	2 anos	2 anos	Hipertensão Arterial	Associação de bairro (participante)
Informante 20	32	M	Fundamental incompleto	vigilante	32 anos	10 anos	Doença crônica	Associação de bairro (membro)
Informante 21	21	M	Ensino Médio Completo	-	20 anos	8 anos	Doença Crônica	Associação de bairro (participante)
Informante 22	51	M	Fundamental Incompleto	Aposentado	51 anos	10 anos	Hipertensão Arterial	Conselho Local de Saúde
Informante 23	34	F	Pós-graduada	Agente administrativo	10 anos	10 anos	Crescimento e Desenvolvimento e Planejamento Familiar	-
Informante 24	33	F	Ensino Médio Completo	Vendedora autônoma	7 anos	4 anos	Crescimento e Desenvolvimento e Planejamento Familiar	-

Fonte: Dados coletados durante pesquisa de campo, fev/mar/abril. Jequié. 2010.

*ASBEMAC: Associação Beneficente de Moradores e Amigos do Curral Novo;

A seguir trazemos as técnicas e os instrumentos utilizados na coleta dados nesse estudo.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para proceder a coleta de dados foram estabelecidas técnicas e instrumentos. Minayo (2008) enfatiza a importância da construção dos instrumentos adequados durante o projeto de pesquisa, contudo complementa dizendo, que o investigador precisa trabalhar com liberdade e inteligência para reconhecer as técnicas e ser capaz de criar outras ou prescindir delas quando se tornam obstáculos. Afirma ainda que, a dialética entre a técnica e a criatividade é o tempero da boa pesquisa.

Portanto, não utilizamos a técnica pela técnica, pois não é assim que se constrói conhecimento, mas utilizando-as como forma de mediar a relação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (Minayo, 2008). Sendo uma pesquisa de natureza qualitativa e buscando obter informações de uma realidade social, utilizamos fontes primárias e secundárias para a coleta dos dados.

Como fonte primária, utilizamos a técnica mais usada no processo de trabalho de campo que é a entrevista que

é uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2008, p. 261).

A entrevista possibilita ao pesquisador ter acesso a elementos subjetivos (informações que tratam da reflexão do próprio indivíduo sobre a realidade que vivencia) e a sua representação da realidade: crenças, idéias, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, de atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes e inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2008).

Optamos pela entrevista semi-estruturada por possibilitar a combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado discorre sobre o objeto de estudo sem se prender à indagações formuladas. Para essa modalidade de entrevista, elaboramos um roteiro que, segundo Minayo et. al. (2004), apresenta-se em simplicidade com alguns tópicos que guiam uma conversa com finalidade. Os tópicos funcionam como lembretes, servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução, de modo flexível permitindo a formulação de novas perguntas acerca do objeto.

Como nesse estudo há três grupos de sujeitos, foram elaborados três roteiros (APÊNDICE A, B, C) cada um correspondente a um Grupo (I, II e III), para direcionamento

da coleta. O roteiro destinado ao Grupo I – APÊNDICE A – permitiu que os entrevistados falassem sobre sua compreensão a respeito do processo de trabalho na prática gerencial do PSF; critérios de escolha e atribuições dos gerentes no PSF; finalidade do trabalho do gerente; agentes envolvidos no processo de trabalho gerencial; instrumentos disponibilizados; e dificuldades/facilidades para subsidiar a prática gerencial.

O roteiro destinado aos gerentes (grupo II) – APÊNDICE B – apresentou elementos do processo de trabalho possibilitando que o entrevistado dissesse da sua compreensão sobre o processo de trabalho na prática gerencial do PSF; a escolha do gerente no PSF; sobre a finalidade de trabalho na prática gerencial no PSF; os agentes envolvidos; as atividades desenvolvidas; instrumentos utilizados e facilidades/dificuldades na prática gerencial no PSF.

Quanto ao grupo III – APÊNDICE C – o roteiro permitiu que os usuários entrevistados discorressem sobre seu entendimento do processo de trabalho na prática gerencial no PSF; as atribuições do gerente; as contribuições da prática gerencial para o funcionamento da unidade; recursos necessários e facilidades/dificuldades identificadas na prática gerencial no PSF.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um aparelho MP3 portátil, que registrou as falas dos depoentes e garantiu a fidedignidade do material empírico coletado. Tiveram duração em média de 20 minutos e só foram iniciadas após autorização dos entrevistados. A espera pelo consentimento do entrevistado foi feita respeitando a Resolução de nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996b), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, inicialmente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o número de protocolo 135/2009 (ANEXO A) e recebendo parecer APROVADO em 22 de setembro de 2009, autorizando a realização do estudo.

De posse do ofício do CEP nº. 291 de 23 de setembro de 2009 (ANEXO B), do ofício nº. 157 de 19 de outubro de 2009 do Colegiado do Mestrado (ANEXO C) apresentando os pesquisadores à SMS e com o parecer consubstanciado de protocolo nº. 135/2009 (ANEXO A), fomos à SMS para comunicar a aprovação do projeto e solicitar autorização para ir a campo. Do gabinete da Secretária Municipal de Saúde em uma semana o ofício foi enviado ao Departamento de Assistência à Saúde autorizando a coleta. No entanto, no Departamento o ofício não foi encontrado e após 60 dias de espera a Diretora do referido órgão solicitou que um novo ofício fosse encaminhado. Isso foi feito, mas como em dezembro e janeiro alguns gerentes estariam de férias a coleta só foi iniciada em fevereiro.

Só então demos início às entrevistas, levando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE E - juntamente com uma carta de apresentação da pesquisa

e dos seus responsáveis (APÊNDICE F), o TCLE, segundo a Resolução de nº. 196/1996 trata da permissão do sujeito, ou seja,

anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa (BRASIL, 1996b, p. 2).

Portanto, antes da realização das entrevistas foram feitos esclarecimentos aos sujeitos quanto a proposta da pesquisa, objetivos, justificativa, riscos e benefícios, a possível publicação em eventos científicos dos resultados advindos da pesquisa, garantindo-lhes sempre o sigilo, anonimato e privacidade. Após o consentimento é que se deu o início do processo de gravação. Não houve nenhuma recusa para participar do estudo.

A maioria dos entrevistados preferiu que não fosse lido todo o termo somente explicado verbalmente do que se tratava. As entrevistas com os sujeitos do Grupo I – gerentes - foram feitas mediante agendamento, na data, local e horário que não interferissem em suas atividades. As entrevistas nas USF de zona rural foram feitas na própria unidade após acordo prévio por telefone com os sujeitos/gerentes. Os informantes do grupo III – usuários - destas unidades foram localizados lá, depois que chegamos à zona rural.

Na zona urbana as entrevistas dos informantes/gerentes também foram realizadas nas próprias unidades de saúde, exceto em uma unidade, sendo necessário ir à casa da gerente, pois no dia agendado ela esteve enferma e precisou se retirar, mas mesmo assim, demonstrou interesse e satisfação em participar do estudo, recebendo-nos em sua residência. Em geral, todos os entrevistados foram bastante receptivos.

Quanto aos sujeitos do grupo I – gestores – houve um pouco mais de dificuldade, pois as entrevistas não ocorreram no dia previsto, devido a alguma atividade da própria SMS. Uma das entrevistas foi reagendada diversas vezes, mas ao fim, a coleta foi realizada com êxito. Não houve resistência em participar do estudo, apenas as demandas da própria secretaria dificultaram o cumprimento do agendamento feito. Mas, não houve empecilho ou constrangimento.

No Grupo III – usuários - buscamos inicialmente amostra dentre os que aguardavam atendimento em sala de espera, que correspondessem aos critérios e depois solicitamos também alguma sugestão dos ACS ou de algum membro da equipe, acerca dos cadastrados participantes de espaços de controle social. Durante essa fase da coleta foi possível observar que dentre as dez unidades/cenário do estudo, cinco apenas apresentam Conselho Local de

Saúde (CLS) implantado, e dos cinco apenas dois estão atuando. Como associação há em todos os bairros e utilizamos esse critério também, procuramos esses usuários. Conversávamos sobre o propósito do estudo e ao receber o consentimento, alguns usuários preferiam gravar a entrevista em sua residência para ficar mais à vontade. Assim foi feita esta etapa da pesquisa.

Outra técnica que foi utilizada como fonte primária nesse estudo foi a observação sistemática considerada como parte essencial do trabalho de campo em uma pesquisa de natureza qualitativa, portanto, imprescindível à compreensão da realidade almejada. Para Marconi e Lakatos (2008) é uma técnica que utiliza dos sentidos para obtenção de determinados aspectos da realidade, não consistindo, no entanto, em apenas ver e ouvir, mas também em examinar fatos que se pretende estudar.

A observação sistemática favorece o registro de impressões do pesquisador absorvidas durante a sua ida e permanência no campo da pesquisa, que pela entrevista muitas vezes não é possível registrar. A observação também deve ser norteada por um roteiro – APÊNDICE D – que direciona “o quê” e “como” o pesquisador irá observar. Quanto a isso, Marconi e Lakatos (2008, p. 78) complementam afirmando que “o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação; deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros, eliminar sua influência sobre o que vê e ou recolhe”.

Pontuamos dois aspectos relevantes acerca da observação sistemática: 1) não precisa ser rígida e nem padronizada demais, pois o campo pode apresentar elementos do objeto, que não haviam sido contemplados no roteiro da observação, ou até o inusitado acontecer (MARCONI; LAKATOS, 2008); o segundo aspecto, 2) é que não é tarefa fácil eliminar a influência do pesquisador durante a observação, uma vez que, a simples presença dele no cenário, de alguma forma interfere no contexto do cenário e nas atitudes dos presentes (MINAYO, 2008).

Como observador, portanto, devemos deixar claro ao grupo, aos presentes no cenário investigado que a nossa permanência ali é temporária e que temos objetivos científicos pré-estabelecidos, colocando-nos de forma respeitosa, empática e com discrição. Ainda que a nossa presença não tenha como passar despercebida, não devemos “alterar” a dinâmica do ambiente, pois não é o propósito da observação e sim, a obtenção de elementos da realidade social pesquisada que subsidiam o estudo.

Esta etapa da pesquisa ocorreu paralela à realização das entrevistas semi-estruturadas, por isso que obtivemos primeiro, permissão do Departamento de Assistência e do Núcleo da Atenção Básica, de posse da Comunicação Interna nº. 045/2010 de 26 de janeiro de 2010 (o

mesmo que autorizou a realização das entrevistas) e comunicamos às unidades que estaríamos desenvolvendo a pesquisa mediante observação sistemática, além da entrevista semi-estruturada.

Fizemos observação nas (10) Unidades de Saúde da Família que visitamos, no período entre fevereiro e abril de 2010, sendo o foco principal da observação o processo de trabalho na prática gerencial do PSF. Então, o roteiro utilizado para este fim, contemplava os seguintes itens: caracterização da USF (estrutura física); a prática gerencial (tempo disponível para a gerência, atores sociais envolvidos, diálogos existentes entre gerente-equipe-usuários); instrumentos utilizados na prática gerencial (equipamentos, saberes e práticas); resolubilidade, inter-relações (vínculos, acolhimento, serviços).

Em todas as unidades fomos muito bem recebidos, embora em cada momento, tenhamos encontrado situações bastante específicas que envolviam o gerente (reunião de equipe, atendimento, treinamento de ACS, visita domiciliar), e, a nossa presença inicialmente era estranha à rotina da unidade. Contudo, não houve maiores problemas e as observações foram registradas de forma o mais fidedigno possível quanto ao que foi identificado na prática gerencial nos PSF pesquisados.

Um único empecilho que enfrentamos foi uma paralisação seguida de greve dos funcionários municipais, no período entre oito e doze de fevereiro de 2010, que inicialmente dificultou a observação, pois alguns trabalhadores são efetivos (técnicos de enfermagem, oficiais administrativos, e outros) e então, quando chegávamos o gerente da unidade estava sozinho, dando informações, atendendo, sobrecarregado, ou algo atípico, dessa natureza. Então, retornamos algumas vezes para não prejudicarmos a observação sistemática.

As observações realizadas foram registradas em um caderno de notas que Minayo (2008) denomina de diário de campo, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista.

Nele devem ser escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (MINAYO, 2008, p. 285).

Por vezes, essas impressões obtidas em campo foram anotadas e logo digitadas para melhor organização da pesquisadora. Ao final foram organizadas para a triangulação dos dados na análise de todo material empírico coletado na pesquisa.

Uma terceira técnica utilizada neste estudo, categorizada como uma fonte secundária de obtenção de dados foi a análise documental. Esta técnica nos fornece subsídios para

compreensão do objeto de estudo, sejam relatórios, atas de reuniões, planos, regulamentos, segundo Alves-Mazzotti e Gewandszjadler (2000). Buscamos então, documentos relacionados ao processo de trabalho na prática gerencial do PSF, tanto em nível nacional, como estadual e municipal. Após uma busca aprimorada, chegamos aos seguintes documentos:

Documento 1 – Resolução CNE/CES de nº. 03 de 07 de novembro de 2001;

Documento 2 – Lei de nº. 1552 de 04 de fevereiro de 2002;

Documento 3 - Plano Municipal de Saúde de Jequié 2006-2009;

Documento 4 – Relatório da V Conferência Municipal de Saúde (2007);

Documento 5 - Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde (29/08/1997);

Documento 6 – Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde (28/07/1998);

Documento 7 - Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde (08/06/1999);

Documento 8 - Ata da reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (04/04/2000);

Documento 9 - Ata da reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde (05/12/2001);

Documento 10 – Ata da reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde (19/12/2001);

Documento 11 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2003);

Documento 12 - Relatório de Gestão do Município de Jequié (2004);

Documento 13 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2005);

Documento 14 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2006);

Documento 15 – Relatório de Gestão do Município de Jequié (2007);

Documento 16 - Relatório de Gestão do Município de Jequié (2008).

Os documentos 1 e 2 foram encontrados *on line* nos sites dos seus respectivos órgãos responsáveis, (1 – Conselho Nacional de Educação e 2 – Câmara Municipal de Jequié). Os demais foram documentos solicitados na Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, necessariamente no Departamento de Planejamento e Gestão (documentos 3 e 4) e no Conselho Municipal de Saúde (documentos de 5 a 16). Fomos muito bem recebidos nos referidos setores e retornamos algumas vezes para a coleta dos dados relevantes ao estudo. Três dos documentos foram enviados por e-mail (documento 3, 4 e 16) no formato pdf.

Alguns documentos não foram encontrados no período da coleta (projeto de implantação e Relatórios de Gestão 2001 e 2002). Também não tivemos acesso ao Relatório de gestão 2009 e nem ao Plano Municipal de Saúde 2010-2013, pois os mesmos ainda estavam sendo concluídos.

3.5 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nesse estudo foram analisados mediante uma aproximação do hermenêutico-dialético que, segundo Minayo (2008) constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas, tendo em vista que a Hermenêutica busca a compreensão do sentido que há na comunicação entre os indivíduos (valorizando seu contexto histórico-cultural) e a dialética posiciona-se como a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia, buscando nas falas os núcleos contraditórios para realizar uma crítica sobre eles.

Dessa forma, buscamos analisar os dados obtidos por meio das falas nas entrevistas, das observações sistemáticas e documentos selecionados atentos ao processo de trabalho na prática gerencial do PSF em Jequié, pois a partir do momento que nos propomos a analisar este objeto, comprometemo-nos em compreendê-lo, deparando-nos ao longo do percurso com suas contradições, suas divergências e conflitos.

A escolha por fragmentos da Hermenêutica-dialética como método de análise deu-se, portanto, tendo em vista o próprio objeto, desejosos de entender como o processo acontece, mediados pelo diálogo e com uma atitude crítica (MINAYO, 2002). Não em busca de uma verdade absoluta, mas almejando uma reflexão que se funda na práxis, numa perspectiva compreensiva e crítica de análise da realidade social.

Minayo (2008) apóia-se nos estudos de Gadamer para tratar da Hermenêutica como arte da compreensão de sentido existente na comunicação entre os seres humanos, tendo na linguagem o seu núcleo central. A Hermenêutica, portanto, trabalha com a comunicação da vida cotidiana, do senso comum, partindo do princípio de que o ser humano é um ser histórico, finito e que se complementa por meio da linguagem. Contudo, esta linguagem também é limitada, sendo necessário então, buscar compreender também o contexto e a cultura.

Dáí a importância dessa abordagem para o objeto de estudo, uma vez que, nos propusemos a analisar o processo de trabalho na prática gerencial, sob o olhar dos seus

executores (gerentes), idealizadores/formuladores (gestores) e dos colaboradores/beneficiados (usuários) que de forma indireta participam do cotidiano dessa construção – gerência – no contexto do PSF.

A mesma autora fala da (in) transparência da linguagem, em consonância com os estudos de Habermas, como um instrumento de dominação, sendo necessário a sua desmistificação e o olhar crítico do investigador. A partir de então, dar-se-á, fundamentalmente, a junção apropriada da Hermenêutica com a Dialética, pois esta última permite

instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem; compreender que a análise dos significados a partir do chão das práticas sociais; valorizar os processos e as dinâmicas de criação de consensos e contradições no interior dos quais a própria oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se colocam e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações (MIANYO, 2008, p. 168).

Por esta razão, a Hermenêutica favorece a identificação das convergências e as complementaridades no material empírico, ao tempo que, a Dialética identifica as divergências e as diferenças, a partir das falas, observações e documentos catalogados. Assim, a análise dos dados foi sistematizada em três etapas conforme o método: Ordenação dos dados; Classificação dos dados; Análise final dos dados.

O início da análise ocorreu quando digitamos as falas dos entrevistados e, em seguida, ordenamos todo o conteúdo nos grupos aos quais pertenciam cada informante. Assim também foi feito com os dados das observações sistemáticas realizadas.

Grupo I – gestores/formuladores de políticas;

Grupo II – gerentes de Unidades de Saúde da Família de equipe única;

Grupo III – usuários cadastrados no Programa Saúde da Família participante de algum espaço de controle social e/ou participando de algum programa da USF.

A partir de toda a ordenação dos dados foi possível realizar uma leitura geral do conteúdo que estava organizado por questão e por grupo. Então, passamos à segunda etapa - classificação dos dados - que consistiu inicialmente de leituras flutuantes que, segundo Minayo (2008) proporciona ao pesquisador entrar em contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A partir de então, foram identificadas as unidades de registro, que consistem em extratos dos depoimentos que possibilitaram a identificação de idéias centrais no teor das falas e observações. Uma leitura exaustiva em seguida, levou-nos a apreensão do conteúdo do material, do qual emergiram os seguintes núcleos de sentido:

- Processo de trabalho;

- Finalidade, agentes envolvidos, atividades desenvolvidas, instrumentos do processo de trabalho na prática gerencial;

- Facilidades e dificuldades no processo de trabalho na prática gerencial do PSF.

Após a identificação dos núcleos dos sentidos, os dados coletados foram organizados segundo os Quadros 12, 13, 14 e 15.

Quadro 12 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo I – Gestores. Jequié/BA, fev/mar/abril-2010.

Núcleos de Sentido	Entrevista 01	Entrevistado 02	Entrevistado n...	Síntese Horizontal
Processo de trabalho Finalidade Agentes envolvidos Atividades desenvolvidas Instrumentos Facilidades na prática gerencial Dificuldades na prática gerencial				
Síntese Vertical				

Quadro 13 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo II – Gerentes. Jequié/BA, fev/mar/abril-2010.

Núcleos de Sentido	Entrevista 01	Entrevistado 02	Entrevistado n...	Síntese Horizontal
Processo de trabalho Finalidade Agentes envolvidos Atividades desenvolvidas Instrumentos Facilidades na prática gerencial Dificuldades na prática gerencial				
Síntese Vertical				

Quadro 14 Síntese dos confrontos das entrevistas do Grupo III – Usuários. Jequié/BA, fev/mar/abril-2010.

Núcleos de Sentido	Entrevista 01	Entrevistado 02	Entrevistado n...	Síntese Horizontal
Processo de trabalho Finalidade Agentes envolvidos Atividades desenvolvidas Instrumentos Facilidades/contribuições Dificuldades				
Síntese Vertical				

Quadro 15 Síntese dos confrontos dos conteúdos das observações em campo. Jequié/BA, fev/mar/abril-2010.

Núcleos de Sentido	Observação 01	Observação 02	Observação n...	Síntese Horizontal
Processo de trabalho gerencial Agentes envolvidos Atividades desenvolvidas Instrumentos Facilidades na prática gerencial Dificuldades na prática gerencial				
Síntese Vertical				

A síntese vertical possibilitou-nos uma idéia global dos núcleos de cada entrevista e de cada observação. A síntese horizontal permitiu-nos visualizar os depoimentos e extrair das falas as convergências, complementaridades, divergências e diferenças, por meio do confronto entre esses extratos classificados como em caixas dispostos nos núcleos de sentido. Após a ordenação e classificação dos dados, os mesmos foram inter-relacionados para um confronto entre os grupos, o que resultou na formulação das seguintes categorias e sub-categorias:

CATEGORIA 1 - PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO PSF

Sub-categoria 1 - *Aqui é assim, você vem pra ser enfermeiro de PSF e automaticamente você já é coordenador.*

Sub-categoria 2 - [...] *Ser gerente não é só ser escolhido para ser gerente, você tem que ter o dom, a vontade, o prazer em ser gerente: paradoxo entre a indicação política e o “saber ser”, “saber fazer” gerência.*

Sub-categoria 3 - *Dialética entre a assistência e a gerência: então assim, é um malabarismo o que a gente faz [...].*

CATEGORIA 2 – COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NO PSF

Sub-categoria 1: *Processo de trabalho gerencial: pra quê, quando, com quem e com quê.*

Sub-categoria 2: *Atividades gerenciais: tudo ali é o chefe. O trabalho do chefe é assim mesmo em qualquer lugar, tomar conta de tudo.*

CATEGORIA 3 – ALCANCES E LIMITES NO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO PSF: ENFIM, SUPERAMOS O TAYLORISMO?

Chegamos à terceira e última etapa – **análise final dos dados** – na qual procuramos extrair os conteúdos latentes das falas fundamentados nos referenciais estudados. Estivemos atentos ao nosso intento de responder às questões que nortearam a pesquisa e alcançar os objetivos propostos.

Todo o conteúdo das falas presentes na análise está escrito como foram ditos pelos entrevistados. A apresentação dos mesmos ao longo do próximo capítulo se dará no final da

fala, entre parênteses de acordo com numeração de informante e grupo, como exemplo – (Inf. 14 / grupo III). Os documentos serão apresentados mediante numeração – (Doc. 3) – como aparecem na ordem em que foram descritos anteriormente.

Com as informações reunidas e criteriosamente trabalhadas durante a construção dessa pesquisa partimos para a construção do capítulo que trata da análise dos dados. Buscamos de uma forma crítica e reflexiva compreender o objeto – processo de trabalho na prática gerencial do PSF - do modo como ele vem se conformando no município de Jequié, nos caminhos do pensamento em uma leitura reflexiva e contextualizada no momento histórico-cultural no qual se insere o objeto do estudo e seus sujeitos.

CAPÍTULO IV

“A razão por que os rios e os mares recebem a homenagem de centenas de córregos das montanhas é que eles se acham abaixo dos últimos. Deste modo podem reinar sobre todos os córregos das montanhas. Por isso, o sábio, desejando pairar acima dos homens, coloca-se abaixo deles; desejando estar adiante deles, coloca-se atrás dos mesmos. Assim, não obstante o seu posto ser acima dos homens, eles não sentem o seu peso; apesar do seu lugar ser adiante deles, não consideram isto uma ofensa”.

(Lao Tsé- Filósofo Chinês)

4 PRÁTICA GERENCIAL DO ENFERMEIRO NO PSF

Ao iniciarmos a análise dos dados nesse estudo, trouxemos o que foi adentrar no campo da pesquisa para compreensão do processo de trabalho na prática gerencial do PSF em Jequié, contextualizando o objeto com alguns dados históricos da gestão de saúde local e a implantação do PSF.

Ainda na elaboração do projeto de pesquisa, não definimos os sujeitos do grupo II, como enfermeiros, mas sim, de modo geral, como gerentes, considerando a possibilidade de encontrarmos outro profissional – médico, odontólogo ou um membro da equipe de nível médio - atuando na prática gerencial do PSF, considerando o que está dito, de acordo com a portaria de nº. 648/2006, que direciona as ações da ESF, bem como seu processo de trabalho.

Contudo, ainda no início da coleta dos dados, logo identificamos que em Jequié há algo aceito como praxe nas Unidades de Saúde da Família (USF): a enfermeira³⁴ é a gerente da equipe no PSF.

Sabemos que a prática da enfermagem perpassa por quatro atividades essenciais, sendo: assistência, *gerência*, educação e pesquisa (SPAGNOL, 2005, grifo nosso), as quais não acontecem separadamente, mas se entrelaçam, sobrepõem e interpõem para o exercício profissional. Não há, portanto, nada que contrarie esta situação e não é uma realidade específica do município de Jequié.

No entanto, conhecemos que, o processo de trabalho em Saúde da Família está previsto como uma prática multiprofissional, e a gerência, construída em equipe (BRASIL, 2006a). Não está definido que a enfermeira é a gerente. No entanto, em Jequié, além de ser a enfermeira gerente, somente ela ocupa essa função e é algo como se já previamente determinado para que assim o fosse.

Buscamos documentos/orientações em nível federal, estadual ou municipal que trouxessem subsídios a esta prática gerencial relacionada tão somente à enfermeira, e, encontramos no Guia Prático do PSF publicado em 2001 uma atribuição específica desta profissional, dentre outras, que diz ser sua responsabilidade “planejar, *gerenciar*, coordenar, executar e avaliar a USF” (BRASIL, 2001f, p. 76, grifo nosso).

Nos demais documentos consultados do MS (do período entre 1994 e 2001), não vimos desta forma, pelo contrário, encontramos o processo de trabalho no PSF apontado

³⁴ Considerando que nesse estudo, encontramos um universo de nove enfermeiras e um enfermeiro atuando na gerência, utilizaremos a palavra ‘enfermeira’, no feminino no decorrer da análise, exceto quando estritamente necessário citar o termo no masculino.

sempre numa perspectiva “em equipe multiprofissional, para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primeiro de atenção” (BRASIL, 1997b, p. 11). Nada específico sobre enfermeira e gerência.

Os aspectos relacionados à gerência não são colocados em nenhum documento (exceto neste guia), como de responsabilidade da enfermeira, mas sim, de todos. Na verdade, o próprio Guia também traz uma lógica estrutural ao programa voltada à atuação multiprofissional e o trabalho executado em conjunto, inclusive com a participação da comunidade nas ações de planejamento e programação.

Outras informações foram sendo acrescentadas à pesquisa, quando nos debruçamos sobre a análise documental, com o mesmo objetivo de analisar essa prática gerencial, que ora se configurava como prática gerencial da enfermeira no PSF e encontramos dados relevantes e que colaboram para a nossa compreensão.

Conhecemos nos documentos as primeiras discussões em Jequié a respeito da municipalização iniciada em 1997, conforme registro na ata de nº. 01/1997 do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (Doc. 5). Durante o período que sucedeu essa reunião, a gestão buscou juntamente com o CMS, habilitar Jequié na Gestão Plena da Atenção Básica, a qual ampliava responsabilidades municipais nesse nível de atenção, dentre elas assumiria a “*gerência* de unidades ambulatoriais próprias”, conforme descrito na NOB 01/1996 (BRASIL, 1996a, p. 24, grifo nosso).

A municipalização dentro da proposta de reforma administrativa do Estado brasileiro significa a possibilidade de, a partir da saúde, reestruturar a gestão municipal em seu conjunto “em uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente” (ERMEL; FRACOLLI, 2003, p. 90).

É claro que não garante em si mesma a melhoria da qualidade dos serviços, mas amplia o compromisso dos gestores com a organização e direcionamento da saúde em nível local. É o que Campos (1998) chamou de ampliação de democracia em instituições de saúde com descentralização de poder. Ele aponta a municipalização como um aspecto positivo da reorganização das políticas públicas, mas que, ainda assim, encontra dificuldades no alcance dos objetivos do SUS.

Ermel e Fracolli (2003) consideram também esta dificuldade e associam-na à inexperiência dos municípios em gerir seus próprios serviços e recursos, tendo em vista que, historicamente sempre executaram ações planejadas previamente, no âmbito federal, e, portanto, não acumularam experiências em gerenciar autonomamente a saúde no seu espaço geopolítico.

De fato, a municipalização aconteceu em 1998 e conduziu o município a organizar-se para o enfrentamento dos seus problemas de saúde em nível local. Cerca de um ano após o início desse processo, o CMS discute a implantação das primeiras ESF, conforme registro em ata de nº. 22/1998 (Doc. 6), para duas localidades na zona rural (Florestal e Itajuru).

Então, a gestão da saúde, juntamente com o CMS cercou-se de vários cuidados para a organização das primeiras equipes, estando inclusive registrado na ata de nº. 37/1999 (Doc. 7), a presença de dois técnicos na época da Secretaria de Saúde do Estado (SESAB), para falarem sobre municipalização, modelo de assistência, ESF e distribuição de recursos.

Nessa mesma reunião, houve vários questionamentos sobre o PSF, dentre eles a respeito da contratação dos membros das equipes. Ao fim, foi sugerido: realização de concurso público e aproveitamento de pessoal do quadro efetivo, incluindo as *enfermeiras* que já atuavam como *instrutoras/supervisoras* no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as demais *enfermeiras* já efetivas em Jequié. Novas cinco equipes foram aprovadas nessa reunião.

Assim teve início a implantação do PSF em Jequié, segundo documentos consultados na SMS, estando o processo de trabalho das equipes alicerçado nas orientações ministeriais para organização e funcionamento do programa com o objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1997b, p. 10).

Correspondia então a um trabalho desenvolvido em área delimitada, previamente mapeada, com população adscrita, contando com equipe multidisciplinar composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos demais trabalhadores: agente administrativo, vigilante e auxiliar de serviços gerais.

Quanto à gerência no PSF, não identificamos necessariamente nenhum documento descrevendo como a mesma deveria ser. Ela não foi pensada para o PSF e podemos refletir a respeito disso por dois aspectos: primeiro já estava sendo uma “grande novidade” o Saúde da Família, então a preocupação maior, era como “fazer o PSF” e não como “fazer gerência em PSF”. Segundo, como a enfermeira iria participar da equipe, e, como tem um histórico de administração em enfermagem, gerenciar a USF não seria algo estranho à tal profissional.

Conhecemos e já apontamos ao longo deste estudo a importância da gerência para transformação do modelo de atenção em saúde, a partir do seu momento mais operacional que é a produção do serviço (ERMEL; FRACOLLI, 2003). Mas, ao tempo em que é fundamental também é um dos grandes nós críticos (MERHY, 1997), nos diversos estabelecimentos que

ofertam saúde no Brasil, especialmente ao direcionarmos o olhar para a produção do cuidado que é o fim [ou deveria ser] de toda a ação gerencial em saúde.

Em Jequié, entendemos que, no momento da composição das equipes com *enfermeiras* que já pertenciam ao PACS na condição de instrutoras/supervisoras, ou ao quadro de funcionários do município, o trabalho organizou-se nessa perspectiva: o processo se daria em equipe (todos com atribuições definidas) e a enfermeira atuando na condução das atividades dos ACS, dos auxiliares/técnicos de enfermagem e representando a equipe perante SMS como um elo entre estas duas - equipe e gestão.

Como dissemos, a enfermeira traz um histórico de “chefia” e “coordenação” de equipe [de enfermagem], logo encontra também como coordenadora no PSF. Então pensamos: é para ser assim no PSF, ou a enfermeira tem se apropriado dessa coordenação? O que significa dizer “*a gente não vê outra pessoa na unidade que não seja o enfermeiro*”? (Inf. 03 / grupo I). Por que não se vê outra pessoa, por que esta função tão somente relacionada à enfermeira?

Doravante, iremos nos deter à realidade pesquisada dialogando com os autores que abordam a temática e trazendo as falas³⁵, dados documentais e observações sistemáticas acerca do processo de trabalho na prática gerencial do PSF, de maneira crítica e reflexiva, buscando identificar as contradições que permeiam este processo de trabalho em Jequié.

4.1 ‘AQUI É ASSIM, VOCÊ VEM PRA SER ENFERMEIRO DE PSF E AUTOMATICAMENTE VOCÊ JÁ É COORDENADOR’

Os Relatórios de Gestão consultados (2003 a 2008) (Doc.11, Doc. 12, Doc. 13, Doc. 14, Doc. 15 e Doc. 16) mostrou-nos que, ao longo do tempo, essa associação enfermeira-gerência foi se solidificando em Jequié, como que se tornando *automático*. No Relatório de 2006 (Doc. 14) quando o texto se refere ao PSF é sempre dirigido à *equipe de saúde* e não especificamente à enfermeira na condição de coordenadora embora fosse, por exemplo, quando cita as atividades desenvolvidas no ano de 2006, diz

³⁵ As falas dos informantes constarão de grifos, que fizemos para destacar as idéias centrais analisadas. Mas garantimos a manutenção do texto fidedignamente, assim como ele foi dito e transcrito.

realizado feiras municipais de saúde; realização de reuniões bimensais com as *equipes de saúde da família*; realização de reuniões mensais com instrutoras/supervisoras do PACS; realização de reuniões mensais com as gerentes das Unidades Básicas de Saúde (Doc. 14, p. 19-20, grifo nosso).

Tanto na UBS, como no PACS, a enfermeira encontra-se na condução do processo, mas no PSF o texto está direcionado à *equipe de saúde*. Entendemos que, até este momento a enfermeira está inserida na equipe como membro e a responsabilidade é de todos ao participar de reuniões com a coordenação.

Contudo, nos Relatórios de Gestão de 2007 e 2008 (Doc. 15 e Doc. 16), ao se referirem ao PSF, o texto não traz mais o termo *equipe de saúde*, e sim *coordenadora*, referindo-se à enfermeira do PSF, da seguinte forma

reuniões mensais com as *coordenadoras do PACS/PSF* para levantamento de problemas e propostas, implementação de soluções, repasse de informações e discussões sobre a atual situação da atenção básica no município (Doc. 15, p. 67, grifo nosso).

A fala da informante 11 traz essa mudança ocorrida em Jequié, quanto à gerência da USF.

Essa compreensão mudou um pouco. Eu confesso que essa compreensão mudou ao longo de alguns anos pra cá. Inicialmente eu entrei no PSF com a visão de que esse **processo de trabalho na gerência era um processo de equipe**. Eu não via o enfermeiro como o gerente na equipe de saúde da família eu via o enfermeiro **apenas como um membro dentro da equipe, que tem uma representatividade em relação à secretaria ou em relação a outros órgãos** dentro da equipe. Mas esse processo mudou um pouco, eu percebi que essa visão de lá de fora pra cá, essa cobrança de lá pra cá é do **enfermeiro gerente da unidade** e isso acaba atribuindo assim uma **sobrecarga de trabalho**, porque com essa visão de que o enfermeiro é o gerente, acaba ficando assim, **you decide, you resolve, you are responsible** (Inf. 11 / grupo II).

A mesma reunião que era realizada com as ESF passou a ser direcionada às enfermeiras-coordenadoras, para que ali fossem levantados os problemas, propostas e implementação de soluções. A decisão, a solução e a responsabilidade seriam, então, das enfermeiras-gerente. Certamente o aumento do número de equipes favoreceu essa mudança, mas, por outro lado, gerou também uma maior associação destas com a gerência, com centralização do poder decisório, uma vez que, das reuniões saíam propostas para atuação das ESF.

Analisando a cobertura de PSF em Jequié, no ano de 2005, segundo Relatório de Gestão (Doc. 13) haviam 18 equipes implantadas (51,31% de cobertura). Em 2009, após implantação de mais oito equipes a cobertura foi para 57,21% (total de 26 equipes) (Doc. 16). Reunir todos os membros dessas equipes, de fato constituiria um desafio à Coordenação do

PACS/PSF, no entanto, dificuldades para enfrentar esse desafio não deveriam ser suficientes para a canalização da responsabilidade para a enfermeira da USF.

É como se esta idéia fosse se tornando *automática*, de acordo com as falas dos entrevistados, evidenciando que a enfermeira ao ser contratada para atuar em Saúde da Família é *automaticamente coordenadora* da unidade. São convergentes a respeito dessa afirmação as falas dos informantes/gerentes 6, 8, 10 e 12.

Que eu saiba, é foi **estipulado** pra ser gerente do PSF o enfermeiro, né. Porque o enfermeiro eu não sei te informar, porque, acho que é porque **a gente abraça tudo né**, a verdade é essa, a gente atende, a gente se um, um tanque ta com problema de água é a gente que, que ta olhando, é a gente que ta, ta indicando, e **a gente tem esse olhar mais crítico, e mais gerencial do processo**, dentre os outros membros da equipe (Inf. 6 / grupo II).

[...] Aqui é assim, você vem pra ser enfermeiro de PSF e **automaticamente** você já é coordenador. [...] teve seleção para PSF, mas não para gerente (Inf. 8 / grupo II).

[...] **É da formação**, é isso que eu falo, **vem da nossa formação**, aí é por isso que já vem da gente, [...], entendeu? **Que a gente já vem com essa carga** é o que eu não acho na parte de medicina. Você não vê médico ter essa parte de gerência, ta entendendo. Você vê assistência mesmo, é uma coisa que eu fico assim besta olhando, e vejo isso não só em um, vejo em vários, entendeu? Aí você não vê essa parte gerencial nos atendimentos dele, você não vê essa **parte organizacional**, você não vê nada, ta entendendo? [...] é **uma coisa que eu vejo em todo enfermeiro, todo enfermeiro já tem essa visão**, entendeu? Já tem essa linha (Inf. 10 / grupo II).

O profissional de enfermagem ele já é **delegado** como gerente. Acho que por a gente ter na nossa categoria, na nossa **grade curricular** a disciplina de administração em enfermagem, então, **o município acaba que delega** essa função de gerência para o profissional de enfermagem, por ele **cumprir a carga horária acredito** também, e por ele ter essa **visão administrativa** que o profissional de odontologia, que ta sendo uma coisa nova, né, saúde bucal tem sido incorporado na estratégia tem pouco tempo e pelo próprio médico, que por não ter essa visão administrativa e mais assistencial da coisa, acaba que o profissional de enfermagem ele fica com essa responsabilidade gerencial, acho que o critério de escolha é **pela nossa formação acadêmica** (Inf. 12 / grupo II).

Também gestores consideram a gerência como *automática* e inerente à enfermeira no PSF, contudo não como uma designação da gestão, e sim, algo que a própria enfermeira já traz consigo no momento da contratação, de modo que, se torna preferível que a enfermeira assuma a gerência, como visto nas falas dos informantes 1 e 3.

[...] Entre as categorias profissionais que tem mais assim **domínio sobre as questões administrativas** sem dúvida é o enfermeiro mesmo, mas isso não quer dizer que o odontólogo ou o médico não possa ser. Agora, é porque **o enfermeiro ele tem mais a questão, a papelada em si que tem que ser preenchida**, então às vezes você é gerente pra gerenciar, mas não adianta, o enfermeiro é que tem que dizer pra onde ele vai fazer aquele documento e encaminhar, **é preferível que o próprio enfermeiro assuma a gerência**, porque os outros profissionais, às vezes, não tem a **visão administrativa, né da gestão** [...] (Inf. 1 / grupo I).

Parece-me uma contradição. Eu entendo mais como uma coisa tradicional em que nas nossas unidades **os gerentes são sempre enfermeiros da unidade**. Parece-me que já se [...] **sacramentou** isso de tal forma que não há nem mudança. Quando há mudança do profissional enfermeiro da unidade há mudança **automática** do gerente. O médico não assume o odontólogo não assume, **quem assume é sempre enfermeiro**. Parece-me que **o próprio enfermeiro também já assume essa função**, me parece que já está assim escrito para o enfermeiro ou a enfermeira que elas é que tem que assumir a gerência da unidade. Acho que é o **perfil do profissional**, da própria **formação acadêmica**, ou por **entendimento ou por cultura**, não sei. Isso é uma coisa até a ser investigada, você ta me chamando bem atenção sobre isso. Porque já é gerente. **Já é gerente. A gente não vê é outra pessoa na unidade que não seja o enfermeiro**. A própria gestão do SUS já enxerga [...] simplesmente enxerga. [...] a própria enfermeira quando é contratada, quando ela é nomeada **ela já se apresenta pra nós como gerente** e nós gestores também já **olhamos para essas enfermeiras como gerentes**, parece que uma coisa assim que **automática** tá precisando até ser discutido. Por que essa rapidez com que se absorve essa questão de ser gerente? Qualquer outro profissional da unidade poderia ser o gerente, ou vou mais longe, poderia ter só o profissional gerente (Inf. 3 / grupo I).

Nas falas encontramos que foi estipulado, delegado, sacramentado que a enfermeira é a gerente da Unidade. Justifica-se esta relação enfermeira-gerência porque é ela quem “abraça tudo”, tem um olhar mais crítico e mais gerencial do processo, pela formação, pelo domínio das questões organizacionais, pelo cumprimento da carga-horária.

A enfermeira é a gerente da Unidade em Jequié, embora saibamos que, como encontramos nas falas dos depoentes [1 e 3], outro membro da equipe pode assumir a gerência. A enfermeira tem sido relacionada constantemente ao trabalho gerencial na Atenção Básica, especialmente no PSF, assumindo a responsabilidade de condução dos trabalhos da equipe e a viabilização dos princípios do SUS. Santos (2007) sugere que, além de serem as mais requisitadas para a gerência em UBS e USF, também são convidadas para cargos de assessorias em níveis distritais, regionais, municipais, estaduais e até federal.

A gestão tem identificado nessa profissional o preparo para a coordenação da USF, não identificando outra pessoa, que não seja a enfermeira, ao ponto de se tornar *automático* a atuação da enfermeira na gerência. Então, vamos analisar mais precisamente, por que *automático*?

Consideramos a importância desse “olhar mais crítico” ou “visão administrativa” para a elaboração da gerência no PSF, pois as demandas atuais no campo da Atenção Básica requerem uma gerente que possa “gerenciar o conhecido, o desconhecido, o objetivo, o subjetivo, o fácil, o difícil, com as pessoas e não para e sobre elas” (SANTOS, 2007, p. 28).

A visão da gerente é determinante em suas ações cotidianas. A forma, a amplitude e a flexibilidade como enxerga o mundo, o serviço no qual atua, influencia na qualidade de sua atuação como gerente (YAMAUCHI, 2009). A visão deve estar apurada para a prática da gerência em Saúde da Família.

Entretanto, essa “ampliação” da visão da enfermeira torna-se preocupante, à medida que, a percepção que temos diante das falas é que ela utiliza essa habilidade para absorver todas as demandas gerenciais da unidade, centralizando a organização e funcionamento, como se ela, e somente ela, fosse a responsável pelo andamento da USF em sua totalidade. Daí, identificamos a sua preocupação desde o “conserto do tanque”, a água, até o atendimento e serviços oferecidos aos usuários no PSF [Informante 11].

Esse pensamento de que a enfermeira, teoricamente é “aquela mais preparada para assumir a gerência”, poderá levar a equipe, a gestão, os usuários e até a própria enfermeira a acreditar que ela deve sempre “abraçar tudo” e permanecer à frente das decisões e organização da equipe.

Lembramos que no início da atuação das equipes de PSF em Jequié, alguns serviços voltados à Atenção Básica ainda estavam centralizados nas UBS, a exemplo, dos serviços de Tuberculose, Hanseníase, Planejamento Familiar, Odontologia. Ao longo do tempo (entre 2003 e 2008), o município foi descentralizando essas ações e ampliando a oferta de serviços ao implantá-los no PSF, aumentando, dessa forma, o elenco de atribuições da equipe.

A ampliação já era prevista considerando o que fora dito com relação às responsabilidades dos municípios referente à Atenção Básica, e, corroborado com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a) já citada. Contudo, há uma complexidade na organização do PSF para a produção de serviços, que requer recursos, tempo, planos, metas, diálogos, enfim, “abraçar tudo”, possivelmente se constitui em um grande desafio e sobrecarga à gerente que assim o faça.

Percebemos também, por meio das falas, que o ser *automático* enfermeira-gerência em Jequié, não está atrelado somente a uma determinação da gestão, mas também a um querer da própria enfermeira, quando ela se apresenta como gerente desde a sua contratação. Nota-se que a enfermeira por cultura, entendimento, ou por perfil, se vê gerente da unidade, a ponto de não ser identificada outra pessoa na equipe que possa ser gerente, apenas a enfermeira.

Há uma apropriação da gerência por parte da enfermeira, que se posiciona diante da equipe, da gestão e dos usuários como gerente da USF. Talvez, por entender que possui as ferramentas e dispositivos necessários ao processo de trabalho gerencial, ela mesma “prefere” assumir a gerência, ainda que esta lhe seja motivo de sobrecarga, ou que para exercê-la, enfrente muitas dificuldades.

Tomemos como orientação a Resolução de nº. 03/2001 do Conselho Nacional de Educação (Doc. 1) que aponta as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação da enfermeira e vemos que esta, deve estar apta para exercer as seguintes competências e

habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente. Significa que, em formação, a enfermeira precisará adquirir e/ou desenvolver tais competências, para utilizá-las quando for pertinente e necessário durante o exercício profissional.

Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (Doc. 1, p. 3, grifo do autor).

Quando falamos de competências estamos nos referindo a habilidades, atitudes e conhecimentos que juntos possibilitam tomar decisões, agir de forma coerente e resolutiva. Nota-se nas DCN que, das seis competências e habilidades esperadas, cinco estão relacionadas à competências gerenciais.

Não significa que a enfermeira sempre será gerente na equipe multiprofissional, mas que, estando inserida nesse contexto, deve encontrar-se preparada para tal. Ressaltamos que estas mesmas competências, são esperadas de médicos e odontólogos, conforme as DCN dessas profissões (BRASIL, 2001g; BRASIL, 2002a).

Alves (2009, grifo nosso) afirma que as organizações de saúde dependem de pessoas para cumprir missões e atingir os seus objetivos, por isso devem compreender competências, como resultados de múltiplos saberes – *saber-fazer, saber-agir e saber-ser*, que sejam capazes de proporcionar respostas efetivas aos desafios advindos da própria prática. Portanto, essa competência, referindo-nos à gerência, todos – médicos, enfermeiros, odontólogos – devem desenvolver.

Os demais profissionais, portanto, também deveriam estar preparados para assumirem a gerência da Unidade, mas o que encontramos, na prática é que a enfermeira tem conquistado o espaço da gerência da USF, como um campo de sua atuação. Isto se justifica historicamente, considerando que o processo de trabalho da Enfermagem contempla a gerência, devido à divisão técnica do trabalho em categorias (auxiliares e técnicos), que, por sua vez, teve como base a divisão social do trabalho, trazendo à profissão um caráter fragmentário, hierárquico, além de coletivo (LUNARDI FILHO; LEOPARDI, 1999).

Devido à presença das categorias de nível médio, ainda que a enfermeira não assuma, em dado momento, a gerência da equipe multiprofissional, sempre será gerente da equipe de

enfermagem. Por conseguinte, têm utilizado na gerência da ESF conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas e desenvolvidas em sua formação que a habilita à gerência da equipe de enfermagem.

Santos (2007) diz que o curso de graduação em enfermagem, dentre os cursos da saúde, é o que possui maior carga horária de disciplinas de administração (em média 25% do curso), o que possivelmente possibilita uma visão mais ampliada dos instrumentais de gestão, que a enfermeira utiliza na equipe de enfermagem e, também na organização institucional e na equipe multiprofissional, ou seja, no PSF.

Outro aspecto encontrado nas falas trata do cumprimento da carga horária pela enfermeira na USF, que reforça a sua alocação *automática* como gerente [Informante 12]. Historicamente, há descumprimento de horários nas Unidades Públicas de Saúde, principalmente com relação aos médicos que, segundo Campos (1992, p. 122) “tendem a encarar o seu trabalho na área pública como um complemento daquele realizado no setor privado, o que os descompromete com a eterna busca de maior grau de resolução de problemas de saúde – elemento essencial à ética das profissões”.

É muito difícil conseguir a permanência do médico na unidade durante o horário previsto (40 horas semanais). O CMS de Jequié, em 04/04/00 (Doc. 5, grifo nosso) promoveu uma reunião extraordinária para abordar questões relacionadas ao PSF e, dentre os assuntos da pauta destacou-se: importância do PSF; falta de amparo legal dos trabalhadores; problemas salariais; *falta de cumprimento de carga horária médica*; falta de costume da população com um único médico na equipe; demanda elevada; estrutura improvisada e necessidade de referência e contra-referência.

Durante a observação, percebemos que a enfermeira permanece na unidade após atendimento e assume demandas que nem sempre são suas, comprometendo-se com a resolução de problemas que oscilam entre questões administrativas/gerenciais e assistenciais.

A unidade encontrava-se silenciosa e só havia a enfermeira/gerente atendendo, **nem médico e nem odontólogo estavam presentes no momento da observação**. Tinha uma televisão na recepção, mas estava desligada. A clientela era jovem e buscava o serviço de planejamento familiar. Enquanto a gerente atendia, a oficial administrativo tentava agendar alguns exames no computador que fica na recepção da unidade. **Chegou uma gestante e procurou a enfermeira dizendo que não estava ‘sentindo bem’**. A enfermeira/gerente imediatamente foi atender a gestante, mediu a pressão arterial, verificou informações no cartão de pré-natal, fez glicemia capilar, e, não havendo encontrado nenhum agravante, orientou a gestante e deixou-a um pouco em observação, tendo em vista que a mesma ainda estava queixosa. Voltou ao atendimento e entre uma e outra cliente tentava **junto ao telefone uma consulta para a gestante na Unidade Básica. Dificuldade para resolver o problema** (Obs. 4).

A enfermeira é a mais procurada na unidade pelos usuários, mesmo que não seja uma demanda sua, mas pela presença em todos os horários, ou mais tempo, pelo menos, do que o profissional médico. A enfermeira é uma referência da ESF. Os usuários a identificam como aquela que estará ali na unidade e irá atendê-los. Pelo compromisso com a gerência, a enfermeira acaba que não deixa o usuário sair sem uma solução para o seu problema.

O odontólogo, recém integrante da ESF na equipe de saúde bucal (ESB), também não é incluído pela informante como cumpridor da carga horária preconizada pelo MS, certamente pelas mesmas razões referentes aos médicos.

Campos (1992) justifica essa postura profissional pela baixa remuneração e precárias condições de trabalho nas unidades públicas, mas para o PSF na atualidade pesquisada esta justificativa não se aplica, uma vez que, alguns membros da equipe cumprem carga horária e outros não, sendo que as condições de trabalho e as questões financeiras são proporcionais a todos. Então, definitivamente, para a situação analisada não se aplica.

Os demais membros da ESF, de nível médio, cumprem horários na USF, mas sob o olhar atento e “ampliado” das enfermeiras-gerente, que sobre estes exerce certa autoridade que não ocorre sobre os profissionais de nível superior. Foi perceptível na observação a preocupação da gerente com os horários dos trabalhadores, exceto o médico e o odontólogo que saíram mais cedo.

A gerente da unidade encontrava-se em seu consultório, o atendimento daquela tarde havia sido suspenso para realização de **investigação de óbitos em domicílio** a pedido da Vigilância Epidemiológica. Ela estava com algumas fichas em uma pasta para fazer visitas aos familiares de pessoas que faleceram em seus domicílios – sem assistência médica – para esclarecimentos do óbito. Aguardava o carro destinado à visita domiciliar que nesse dia seria utilizado para a investigação, mas **o carro não chegou**. Já era por volta das 16h10min e não havia mais nenhum atendimento na unidade. O médico faria visita nesta tarde, mas como o carro seria utilizado pela enfermeira/gerente foi **agendado atendimento clínico**, mas o mesmo já havia **encerrado e ido embora**. O odontólogo e a ACD estavam na unidade, mas como **não havia material** para os procedimentos odontológicos, os trabalhadores da odontologia ficaram conversando com os demais trabalhadores (oficial administrativo, agente administrativo e a gerente), com bom humor e tranquilidade. Depois, **o dentista se retirou**. A auxiliar de serviços gerais tem o seu expediente encerrado às 16h00min devido ao horário que **ela assume pela manhã**. **Não havia vigilante na unidade**, pois o mesmo encontrava-se de licença médica e as auxiliares estavam na sala de vacina. Uma jovem veio buscar informação acerca da marcação de um exame e foi atendida pela oficial administrativa que se levantou e de forma bastante gentil respondeu que **não havia previsão** para o agendamento do exame no sistema. Outra senhora chegou e perguntou pelo agendamento do médico se seria nesta sexta-feira e a oficial mais uma vez forneceu informação de que sim, seria nesta sexta-feira. O relacionamento da gerente com os demais membros da equipe e usuários presentes durante a observação mostrou-se **harmonioso e próximo**, embora ficasse evidenciada a preocupação com o **horário de todos os trabalhadores** pela gerente na **hora de chegar e de sair**, sendo rigorosamente cumprido por todos os trabalhadores de nível médio e por ela mesma – a enfermeira gerente (Obs. 1).

O cumprimento da carga horária já é feito pela enfermeira e, como responsável pela equipe, faz com que todos cumpram também, exceto, como dito, os médicos e odontólogos. A fala da informante 9 complementa as já descritas, acrescentando e revelando aspectos relacionados à vínculo, maior responsabilidade com a equipe e comunidade.

[...] quando eu adentrei aqui no ano de 2008 já se tinha né, essa função de forma já **verticalizada** que o enfermeiro teria que atuar como o gerente, né. Até pelo processo de **envolvimento com a comunidade, o vínculo** é mais próximo e por ter uma **responsabilidade**, diria assim, mais ampla não só com fazer o feedback entre médico e auxiliares, entre o odontólogo, ser o **eixo central ali**, não diria manipulando, mas interagindo com esses profissionais, porque há um processo aí de rivalidade entre ambos, e às vezes de vaidades, né, então o enfermeiro por ter todo o **vínculo** com hipertensos, com gestantes, com crianças com o pessoal na comunidade, porque geralmente é o **profissional que se dedica mais** para fazer as visitas domiciliares, então ele contém uma facilidade maior de **ta lidando com a equipe**, vendo o que ta acontecendo com os ACS também da comunidade de fora para dentro, então, por isso a gerência em nome do enfermeiro eu acho que flui de melhor forma. [...] **eu acho que o gerente ele sendo enfermeiro, ele vai ta atuando, né, diretamente no andamento da unidade, não é? Cada unidade acho que tem a cara do seu gerente.** Se a unidade ta bem, é porque o gerente ta conseguindo desenvolver o seu bom trabalho (Inf. 9 / grupo II).

O Processo de trabalho no PSF está alicerçado sobre a construção de vínculo com a comunidade. Os espaços de atuação da ESF envolvem a sua inserção nos ambientes próprios da clientela cadastrada na USF, quer seja o domicílio quer escolas, creches, igrejas. Diante do que está dito, a enfermeira consegue estabelecer este vínculo com maior facilidade e ainda mediar relações entre equipe e comunidade, como uma articuladora, uma agente de influências que está ali no eixo central interagindo com todos os membros da equipe.

O vínculo que a enfermeira estabelece lhe confere poder sobre a organização da unidade. Deixa-lhe numa condição de intercessora/mediadora, porque ela conhece os usuários e por eles é (re)conhecida. Poderíamos até lembrar aqui, que o elo entre a comunidade e a equipe é o ACS. Sem dúvida o é. Mas, quando nos referimos à enfermeira como mediadora, dizemos desta interação que ela tem com todos ou com o todo, porque o ACS é conhecedor da sua microárea de atuação e a enfermeira tem contato com todas as microáreas, tanto na condição de enfermeira [visitas domiciliares e consultas], como na condição de instrutora/supervisora do PACS, bem como gerente.

O vínculo maior com a comunidade faz com que a enfermeira lide melhor com a equipe, com os ACS e se encontre no centro desses atores envolvidos no PSF. Por isso, entendemos a forma como ela vem sendo incorporada *automaticamente* à gerência no PSF em Jequié.

É o poder de direção, ao ponto da unidade ter a “cara do seu gerente” [informante 9], ou diria em outras palavras, a “cara da sua enfermeira”. Então, o ser *automático* não depende somente da gestão, mas de um fazer e um querer desenvolvido e sinalizado pela enfermeira.

Vemos também na fala, que a enfermeira é aquela que “se dedica mais” para fazer visitas. Estas correspondem a atividades da assistência, entretanto, o fato de dedicar-se mais às visitas, ter esse compromisso com os usuários, adentrar nos domicílios e perceber como os indivíduos moram, seus hábitos e costumes, poderá colocar a enfermeira mais próxima dos usuários, e isto facilita a (inter) mediação destes com a equipe, fortalece vínculo e amplia a responsabilidade.

Entretanto, a enfermeira adota uma conduta centralizadora, não divide, prefere ela mesma gerenciar, conduzir, pois, considera que seja do seu domínio o encaminhamento e providências. Até nas situações mais simples, percebemos atitudes nas quais a enfermeira retém o controle e o domínio sobre os papéis, como verificamos na observação 3.

Pela manhã a enfermeira/gerente encontrava-se em atendimento em seu consultório. A sala é toda enfeitada e organizada como nenhuma outra sala da unidade. Várias pastas e arquivos A-Z ficam na sala da enfermeira/gerente. Uma gestante chegou para agendar o pré-natal a agente administrativa disse que só com a enfermeira, pois o livro de marcação estava com ela e só ela faz o agendamento. **A enfermeira ‘tem apego à marcação’ disse a trabalhadora, ‘só ela sabe agendar como ela gosta’.** Após uma das consultas, a enfermeira saiu do consultório para telefonar para unidade básica **solicitando uma consulta com obstetra**. Não havia médico na unidade pela manhã, pois neste dia ele dá plantão em unidade hospitalar. O odontólogo já havia terminado suas atividades e a ACD limpava o material. Os usuários presentes aguardavam somente a enfermeira, não havia outro atendimento naquela manhã. As atividades gerenciais não ocuparam a atenção da enfermeira/gerente no PSF (Obs. 3).

Os livros de agendamento ficam com a enfermeira que agenda, “como ela gosta”. Na assistência, busca a solução para os problemas do usuário fora da unidade [referência] e, assume todas as atividades de forma integral. Sobrepõe ações gerenciais e assistenciais durante todo o tempo. Sente-se responsável por tudo, então, vai lá e faz. Nas falas dos informantes 11 e 13, contudo, encontramos uma divergência dos demais, quanto ao ser automático ao traduzir um *espaço democrático*, no qual a equipe é quem elege o seu gerente/coordenador não sendo tão automático assim.

[...] Na verdade, **escolha fica mais pela equipe**, não é uma imposição da secretaria, mas, dentro da equipe [...] **acaba ficando com o enfermeiro** que é quem abraça as maiores atividades, [...] todas as atividades gerenciais, **justamente por não ter outro profissional que se dispõe a ta**, na verdade **quarenta horas dentro da unidade**, que é o principal critério, que a gente fica realmente em tempo integral e os outros a gente sabe que não. Então, eu acho que **o critério de escolha é da equipe e não da secretaria**, mas dentro da equipe eu acredito que o enfermeiro seja aquele que mais ta, principalmente em relação à carga horária e disponibilidade pra tá exercendo essa atividade (Inf. 11 / grupo II).

Aqui é feita uma **eleição, geralmente no final de cada ano, na unidade**. [...] A gente faz avaliação da programação anual, aí antes de fazer o planejamento do ano seguinte existe uma eleição que não passa do papel, porque **todo ano termina sendo eu eu eu e eu por unanimidade**. Eu acho que é aquela coisa assim, quer queira, quer não, o único membro da equipe da Estratégia Saúde da Família que tem uma bagagem, que a equipe consegue sentir uma confiança por comodidade, né, é o enfermeiro. [...] Eu sempre trabalhei em Jequié, então desde que a gente entrou **já era uma unanimidade, todo enfermeiro é, é coordenador**. É quando a gente pega a estratégia a gente vê que antigamente só podia ser nível superior, podia ser médico, enfermeiro ou odontólogo; como médico nunca iria assumir isso, **automaticamente** o enfermeiro assume, e o odontólogo também não fica atrás, ele também não quer assumir, não quis assumir quando começou a entrar a odontologia, não é isso? Hoje que pode ser todo mundo de nível médio, mas **automaticamente** ninguém quer carregar isso, por quê? **Porque é um trabalho a mais, é uma responsabilidade a mais e não tem remuneração**, porque no dia que tiver remuneração todo mundo vai querer ser. A eleição vai ser diferente, a eleição vai ser com boca de urna pra ganhar, então o que acontece é isso, então como sempre **o enfermeiro recebe a carga sem o benefício** (Inf. 13 / grupo II).

Os meios divergem, é feita uma eleição, uma escolha para a gerência, porém o fim continua convergente, a enfermeira é sempre eleita. A idéia central do processo de trabalho na prática gerencial está sempre relacionada à enfermeira. Algumas equipes buscam espaços democráticos mediante a opinião ou o voto dos membros da equipe, no entanto, a enfermeira permanece liderando a preferência para a gerência.

Os olhares dos gestores não vêem outra pessoa na equipe que não seja a enfermeira para estar na gerência do PSF [Inf. 3/ grupo I]. Pelo visto, a equipe também não enxerga outro gerente, considerando os aspectos relatados, tais como, disposição de carga horária; por ser um trabalho a mais e também, por exigir bastante responsabilidade, além de um agravante - não é remunerado. Nenhum outro profissional ou membro da equipe assume a gerência, portanto, apenas a enfermeira.

A própria enfermeira não vê outra pessoa para a prática gerencial no PSF, não libera, não divide, ela se apropria do “fazer” gerência como algo que lhe é peculiar. Desse modo, seria possível que outro membro da equipe assumisse a gerência? Por outro lado, essa permanência da enfermeira na gerência do PSF tem feito com que acumule certa experiência e conhecimento que a instrumentaliza, de certo modo, no desenvolvimento do trabalho.

Acreditamos que, não é só uma questão de preparo para a gerência, mas é favorável à equipe e à gestão e até aos usuários, que a enfermeira assuma, porque ela tem uma responsabilidade a mais, corresponde às expectativas da função pelas competências e habilidades que possui e não exige um reconhecimento para isso.

A gerência deveria ser mais valorizada, tanto pela sua importância, como pela responsabilidade que requer. Como está posta, fica implícito que, a enfermeira está exercendo a gerência, porque nenhum outro membro da equipe gostaria de assumir, e dentre todos, é a

que mais se aproxima das exigências do cargo. Mas, enquanto a gerência for pensada assim, não visualizaremos um investimento maior sobre a gerência em Saúde da Família.

Os estudos de Santos (2007) acerca dessa temática nos fazem lembrar que esta experiência da enfermeira em gerência de Serviços de Saúde é recente (a partir de 1980). Antes desse período, quem gerenciava exclusivamente as Unidades (os chamados Centros de Saúde) eram médicos sanitaristas, os quais foram perdendo o interesse e deixando espaços para outros profissionais de nível superior, preferencialmente em saúde. Só então enfermeiras passaram a ocupar lugares de gerência e também assessorias.

A fala da informante 24 difere de todas as falas apresentadas, por trazer esta idéia de que o médico é quem está sempre na gerência.

Eu achava que era o médico que era o responsável por ser ele, né, o médico, **sempre a gente acha que tá acima da enfermeira**, né, mas depois eu soube antes de freqüentar este posto eu soube que é **a enfermeira que tomava conta de tudo**, né encarregada até das pessoas que vão entrar, de material que ta faltando, marcar reunião com funcionário, de avaliar o funcionamento do posto, já tem uns cinco anos que eu soube, **pra mim foi surpresa** (Inf. 24 / grupo III).

A informante aponta o médico como responsável pela equipe, estando surpresa ao encontrar a enfermeira “tomando conta de tudo”. A surpresa está relacionada à idéia de que a medicina é considerada como uma profissão que sempre está acima de todas as demais, inclusive, e principalmente da enfermagem.

Este é um pensamento com raízes históricas ainda presente no contexto de muitas equipes de saúde (para além do PSF, exemplo de unidades hospitalares). Acerca disso, Campos (1994, p. 117) afirma que “a autonomia do médico, sua ascendência sobre os demais, praticamente anulam a noção de Equipe de Saúde ou de trabalho multiprofissional integrado”.

Mas não é arriscado apenas sobre o pensar assim em relação ao médico, e sim, a qualquer outro membro da equipe, que seja encontrado na condição de gerente e não tenha a visão do trabalho em equipe multidisciplinar. A idéia centralizadora de comando pode ir de encontro à noção de trabalho multidisciplinar idealizado em Saúde da Família e interromper a sua efetivação.

Embora o médico não seja o gerente, possui e usufrui de certa autonomia que sua formação dá. Portanto, o processo de trabalho gerencial numa perspectiva de trabalho em equipe constitui-se, em um desafio no PSF, tendo em vista que, conceitos enraizados como esse (centralidade e supremacia médica), contrariam a construção do trabalho coletivo, além de revelar a dificuldade que temos para alcançar mudanças nas práticas de saúde, bem como um trabalhador – médico – como um cliente da equipe.

Algumas situações do cotidiano das ESF revelam essa autonomia médica sobre os demais membros da equipe, tais como: o médico é o profissional com maior remuneração, que menos cumpre carga horária; que usufrui de maiores privilégios com relação ao seu agendamento; exige material pronto sobre sua mesa; dificilmente realiza atividades extra-consultório, como as ações educativas, por exemplo, deseja número reduzido de pacientes, e, além de tudo, não se envolve com a gerência.

Nas Unidades de Saúde da Família, a enfermeira é vista como a “encarregada de tudo”, responsável por todos, inclusive pelo médico membro da equipe. Contudo, ele continua sendo reconhecido, muitas vezes, como centro da assistência, estando acima de todos, e mais, merecedor de privilégios, tão somente por ser o médico.

Campos (1994) complementa afirmando que essa autonomia médica traz descontinuidade ao processo de trabalho, ausência de solidariedade, cooperação e apoio, o que repercute na eficácia e na qualidade dos serviços de saúde.

Não queremos dizer que não exista autonomia ou que não deva existir. Pelo contrário, todo trabalhador em saúde possui uma autonomia em seu processo de trabalho, que ele equaliza para o desenvolvimento da sua prática. Merhy (1997, grifos do autor) inclusive chama-a de um “autogoverno” que dá possibilidade ao trabalhador em saúde de “privatizar” o espaço existente entre ele e o usuário, sem ter que prestar conta *do que e do como* está atuando.

Mas quando nos referimos a esta autonomia médica, falamos não apenas deste autogoverno, ou sua ascensão perante o usuário, e sim, sua localização diante da equipe, o que no PSF, põe em risco o programa, que não deve ser efetivado de modo fragmentado. Se tem sido assim, é algo a ser discutido e trabalhado dentro das ESF para inclusão do médico como um membro presente diariamente na unidade e que não está acima dos demais.

Voltando à gerência, percebemos que na Atenção Básica, desde os primórdios do PACS [Estado do Ceará, início da década de 1990] e do PSF, a enfermeira, quase que exclusivamente, assume a coordenação desses programas, sendo considerada a primeira instrutora/supervisora do PACS (sem ter sido até hoje substituída), e, posteriormente, como já discutido, assumindo preferencialmente a gerência das ESF (SANTOS, 2007). São as multidimensões do trabalho da enfermeira que requerem uma nova forma de compreensão.

Vemos a gerência no PSF como um espaço conquistado pela enfermeira, dada criação de novos campos de atuação na saúde para essa profissional, mais precisamente na gestão/gerência de serviços recém-inaugurados, resultantes das mudanças ocorridas após Reforma Sanitária. No entanto, consideramos que tais mudanças sugerem inovações nos

modos de gerenciar serviços de saúde, tendo em vista que, os processos de trabalho começaram a ser estruturados numa lógica usuário-centrada e em equipe multiprofissional.

Fala-se em perfil profissional para atuar em Saúde da família, e nesse estudo, falou-se em perfil gerencial, ou melhor, mais do que perfil, do dom, da vontade e do prazer em ser gerente. Ficou evidenciada uma contradição entre ser “o mais indicado” para ocupar a gerência e ser o “indicado por uma instância política”, para ocupar o cargo de gerente de PSF. A respeito desse paradoxo discutiremos a seguir.

4.2 [...] ‘SER GERENTE NÃO É SÓ SER ESCOLHIDO PARA SER GERENTE, VOCÊ TEM QUE TER O DOM, A VONTADE, O PRAZER EM SER GERENTE [...] É SER LÍDER’: PARADOXO ENTRE A INDICAÇÃO POLÍTICA E O “SABER-SER”, “SABER-FAZER” GERÊNCIA.

A gerente em PSF é vista como uma líder da equipe e utiliza a liderança em seu processo de trabalho, como uma ferramenta que auxilia no convívio com as outras pessoas, na condução dos processos e no alcance da eficácia esperada pela equipe, por usuários e gestores, para “chegar ao lugar proposto”, saber decidir, dizer não e manter a boa convivência, como observamos nas falas dos informantes 2 e 3.

[...] eu acredito que o **espírito de liderança**, o espírito de liderança é nato, você não pode botar uma pessoa em uma unidade quando ela não tem o **senso de liderança**, por mais que o administrador ele tenha currículos e currículos se ele não tiver isso ele não tem como ser e essa **gerência é nata, é sua, veio do ventre, não adianta** (Inf. 2 / grupo I).

[...] Você sabe que ser gerente não é só ser escolhido para ser gerente, **você tem que ter o dom, a vontade, o prazer em ser gerente**. [...] ser gerente não é ser ruim, **ser gerente é saber administrar, ser líder, ser gerente é ser líder** e nem todas as pessoas tem esse âmago da liderança. Então ser líder não significa dizer sim a tudo, ser líder **é saber dizer não** com cara de sim, na hora certa você diz um não com tanto gosto, com tanto prazer, com tanto sorriso que fica parecendo um sim [...] Ser líder, [...] há uma discussão que ser **líder é nato**, você já nasce líder, ou você líder você adquire? Eu acho que [...] Eu acredito que o líder [...] **nasce líder**, mas ele não nasce polido, **mas ele com o passar do tempo ele vai melhorando**, claro que é necessário estudar muito, se preparar muito. A experiência de vida também faz ele crescer, mas acredito que ele precisa **ter algo dentro dele que já venha dele**. Não vem de fora pra dentro, **a liderança não vem de fora prá dentro ela vem de dentro pra fora** (Inf. 3 / grupo I).

Converge para esta idéia a fala do informante 13 do grupo II, salientando a importância da liderança na gerência.

Liderança! Se a gerente não tiver liderança não vai pra lugar nenhum, se você for ver o significado de um líder, que um líder tem que ter, preencher os pré-requisitos pra ta lá (Inf. 13 / grupo II).

As falas dos depoentes apontam a necessidade da gerente saber administrar, ter um senso, um espírito de liderança. A gerente ser “uma líder” em Saúde da Família. Se não tiver liderança, “não vai a lugar algum”. A liderança, segundo Alves (2007, p. 112), juntamente com “motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos, conhecimento técnico-científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde da população e a ética”, são elementos que compõem as atitudes, aptidões e habilidades da gerente. Nesse estudo, destacou-se a necessidade de uma gerente/líder.

Liderar é mais do que gerenciar, é conduzir o grupo e isto requer a utilização de dispositivos pessoais, competências e conhecimentos sobre o outro e suas relações uns com os outros, para uma atuação que ultrapasse o plano do cumprimento de ordens, punições e cobranças e também o desenvolvimento de um trabalho coeso, uníssono, coberto de boa vontade e dedicação. É necessário conhecer a natureza das pessoas para poder conduzi-las, ou seja, liderar (CHIAVENATO, 2001).

Já sabemos e discutimos a influência da Administração Científica e da Teoria Clássica da Administração sobre os modos de administrar serviços de saúde (CAMPOS, 1994; 1998; 2007, MERHY, 1997; 1999; FERNANDES et. al., 2003). Estas Teorias não se preocuparam com a “liderança” e suas implicações. Só foi a partir da Teoria das Relações Humanas que se constatou a sua influência sobre o comportamento humano (CHIAVENATO, 2001).

Conhecemos também, e principalmente, que a enfermagem recebeu forte influência da Administração Científica para gerenciar o seu trabalho, referindo-nos desde a gerência do cuidado/assistência, segundo Spagnol (2005), até aos demais espaços nos quais a enfermagem tem encontrado a gerência como um campo de atuação, mas com perspectivas de mudanças na atualidade.

No taylorismo, por exemplo, os modos de governar presumem a disciplina e o controle como eixo central dos métodos de gestão (CAMPOS, 2007) e nessa lógica, há estruturas rígidas que se apresentam nos serviços de saúde, por meio das distâncias existentes entre os trabalhadores e seus gerentes e das cobranças para cumprimento de ordens acima da importância que o trabalhador possui, como se ele fosse apenas um executor de tarefas. Essa rigidez contraria a essência da liderança e do trabalho coletivo.

Taylor não somente criou um sistema de governo assentado sobre a abismal diferença de poder entre dirigentes e executores, como também tratou de diferenciar as possibilidades de desenvolvimento pessoal entre estas camadas. Em outras palavras, o método de governo e a estrutura organizacional taylorista procuraram ‘produzir’ subjetividade diferente conforme se trate de trabalhadores ou dirigentes. Dos primeiros espera-se ordem, habilidade e obediência. Dos segundos, iniciativa, audácia, criatividade e domínio da arte de comandar. O taylorismo tomou esta distinção como natural e inevitável (CAMPOS, 2007, p. 26).

Gerenciar, numa perspectiva taylorista, desconsidera o comportamento humano e as implicações que cada um traz para o seu trabalho e que, em dado momento, interferem no seu “fazer”, seja ele o vigia, o médico ou o ACS. São pessoas diferentes em seus processos de trabalho, que devem se integrar para o desenvolvimento do processo de trabalho no plano coletivo.

Gerência sem liderança implica em requerer do outro o que ele tem a oferecer do seu “saber” e do seu “fazer”, independente de como ele está se sentindo, se aquele serviço lhe é importante, ou se ele conseguiu produzir cuidado ao atender o usuário, visitá-lo, ou até mesmo prestar-lhe um esclarecimento na recepção.

Percebemos nas falas dos depoentes que a gerente é identificada como uma líder no PSF, e que a liderança é importante para o trabalho da gerente. No entanto, ressaltamos que há diferenças entre gerência e liderança. A gerência é como um cargo, uma posição e a liderança é um comportamento, que, segundo Santos (2007) facilita os processos gerenciais. Portanto, a gerente pode ser uma gerente/líder, mas também pode não ser. Ainda que esteja à frente do grupo, ela não é necessariamente uma líder.

Para ser líder tem que haver influência, condução, envolvimento e até admiração. O líder inspira confiança, empatia, faz com que as pessoas dêem do seu melhor para o desenvolvimento dos trabalhos. Acreditamos que a liderança contribui para uma gerência mais participativa e coletiva, mas novos estudos devem ser produzidos associando gerência/liderança/Saúde da Família, visto que, o tema precisa ser bem discutido, pois o campo da saúde é bastante subjetivo, e, a maior parte dos trabalhos sobre liderança é desenvolvida na área da Administração e não direcionado especificamente para o setor saúde.

Há algumas teorias que trazem aspectos relacionados à liderança: conceituação, causalidade e aplicabilidade, que são as Teorias de Traços da personalidade; Teoria sobre estilos de liderança e Teorias Situacionais de liderança (CHIAVENATO, 2001).

A primeira afirma que o líder apresenta traços específicos de personalidade que os distinguem dos demais e a partir dessas características marcantes pode influenciar o comportamento das pessoas. Isso implica em dizer que não é a pessoa que escolhe ser líder,

ela nasce para a liderança. Traços como estatura, aparência pessoal, cooperação, persistência, iniciativa são vistos como indicativos de um líder.

Enquanto a Teoria dos traços aborda o que o líder é, a Teoria sobre os estilos aborda o que o líder faz, ou seja, não se importa com traços da personalidade, mas sim, como ele vai se comportar em posição de liderança. Então, há a *liderança autocrática ou autoritária*, na qual o líder centraliza as decisões e impõe ordens ao grupo, que se apresenta diante do líder oprimido, sem iniciativa e dependente da sua presença para a execução do trabalho. Estando ausente o líder, seu grupo não produz, buscando expor insatisfações e extravasando sentimentos reprimidos e frustrações.

A *liderança liberal ou laissez-faire* na qual o líder delega totalmente as decisões ao grupo, deixando-o à vontade, sem controle algum. Há muita oscilação no cumprimento das tarefas, sem integração no grupo, imperando o individualismo. Por fim, a *liderança democrática*, na qual o líder conduz e orienta o grupo incentivando a participação democrática das pessoas. Esse tipo de liderança traz um nítido sentido de responsabilidade e de comprometimento pessoal, além de integração entre os membros do grupo, em um clima de satisfação. Converte-se para a idéia da liderança numa perspectiva democrática a fala da informante 1.

[...] o gerente precisa ser uma **pessoa democrática**, e saber também ceder às vezes, porque ele **não pode ser um ditador**, ele tem que **ser participativo**, então quando se fala de integração se fala também de [...] ter um **bom relacionamento interpessoal**, tem a questão também da comunicação com os membros da equipe e do relacionamento interpessoal com essas pessoas [...] (Inf. 1/grupo I).

A gerente/líder apresenta-se democrática e com bom relacionamento na equipe, comunicativa e integrada. Não queremos afirmar que a liderança é resultante de traços herdados ou desenvolvidos, ou se o indivíduo aprende liderança em cursos ou teorias. Mas, consideramos relevante esta relação estabelecida pelos informantes entre a gerência no PSF e a necessidade da gerente ser uma líder com competências ou ferramentas da liderança (sendo elas herdadas, adquiridas ou aprimoradas) para o seu processo de trabalho.

A outra teoria referida foi a Situacional de liderança que propõe aumento das opções e possibilidades de mudar a situação para adequá-las a um *modelo de liderança* ou então mudar o *modelo de liderança* para adequá-lo à *situação* (CHIAVENATO, 2001, grifo do autor). Ou seja, a situação na qual o líder estiver inserido, dirá como será a sua liderança, poderá até ser diferente de liderado para liderado a depender das circunstâncias.

Diante do exposto, consideramos a importância da liderança na prática gerencial do PSF, haja vista a possibilidade que esta fornece para condução do grupo; que o faça trabalhar

com o seu melhor; que tenha o calor da liderança aquecendo a frieza da gerência e a morbidez dos papéis, dos planos e planilhas, que imperam no trabalho gerencial. Embora não tenhamos ainda direcionamentos dessa prática gerencial específica para o PSF, consideramos que a gerente pode sim, ter vontade, prazer, dom de gerenciar, ou melhor, liderar, com habilidades e competências para estar nesta função.

Contraditoriamente, durante a análise, observamos que, a prática gerencial do PSF em Jequié traz uma perspectiva de que, estar na condição de gerente não leva em consideração as questões já mencionadas – liderança, dom, prazer, vontade, habilidades pessoais -, mas sim, indicação, vontade política, interesses de grupos.

O processo de trabalho gerencial do PSF é desenvolvido por enfermeiras mediante indicação política. Encontramo-nos, portanto, diante de uma contradição: a indicação para a prática gerencial no PSF devido a habilidades e competências e a indicação por ser este um cargo de livre nomeação do gestor municipal.

[...] No momento, a questão da escolha do gerente de PSF é meramente **indicação política mesmo**. Não foi feito seleção, análise de currículo, nada disso foi feito pra entrar no PSF [...] (Inf. 1 / grupo I).

Convergem também as falas dos informantes 4 e 5 do grupo II, sobre a indicação para a prática gerencial.

[...] hoje a gente sabe que gerente de PSF em Jequié é **cargo comissionado**, então ele ta ligado diretamente ao gestor (Inf. 4 / grupo II).

Esse papel de PSF por enquanto ainda é uma **indicação**. Quando a gente entrou não teve critério. A gente já chegou lá e já foi designado: fulano vai pra tal lugar, fulano vai pra tal lugar. Eu acredito se falou que era por causa do perfil da pessoa, né. Agora, eu não acredito muito nisso, porque a gente teve pouco tempo de contato, como conhecer o perfil da pessoa? A não ser que aquela **pessoa que indicou** deve ter comentado alguma coisa. Foi mesmo assim, **eles designaram o local** e a gente veio (Inf. 5 / grupo II).

A gerente em Jequié ocupa um cargo comissionado de livre nomeação do gestor municipal. Pode ser que haja nessa indicação uma “escolha” mediante o perfil do profissional, ou o currículo, porém não há nada definido nesse sentido. Na verdade, o critério é o de “apadrinhamento” que pode coincidir, ou não, do indicado ser um líder, ou até mesmo por esmero, dedicação, empenhar-se para isso, mas no momento da contratação dessa gerente, isto não tem sido pontuado.

Buscamos tratar desse assunto com certa naturalidade, tendo em vista, que não é algo tão incomum nos municípios, mas urge que estas questões de contratação sejam repensadas e levadas à discussão, a fim de que, fragilidades nos vínculos do PSF não interrompam a sua

efetivação. Fortuna et. al. (2002) trazem a questão da contratação dos trabalhadores para o PSF, inclusive dos seus gerentes, nos levando a refletir sobre as seguintes perguntas

[...] seu gerente, com raras exceções, é indicado por outras instâncias ou setores da prefeitura [...]. Com que critérios? O número de cargos prometidos nas eleições? [...] O grupo ideológico/religioso que sustenta politicamente os detentores do poder instituído? A disponibilidade do candidato a gerente? Esses critérios atendem a que tipo de ação gerencial? A que tipo de projeto? (FORTUNA, et. al., 2002, p. 276).

No Plano Municipal de Saúde – gestão 2006/2009 (Doc. 3), o município traçou como uma de suas diretrizes “aprimorar a inserção dos profissionais da atenção básica nas redes locais de saúde, por meio de *vínculos de trabalho* que favoreçam o provimento e *fixação dos profissionais*” (Doc. 3, p. 64, grifo nosso). No entanto, com relação à gerência no PSF, esta fixação não foi contemplada, pelo contrário, quanto mais frágil o vínculo se mostrar, parece mais favorável aos intentos dos gestores municipais para satisfação de interesses políticos. Observamos esta fragilidade quanto à permanência do profissional na equipe, tanto quanto ao vínculo, como em relação à interferência de manobras políticas para benefícios partidários.

Tomamos as leis que tratam da estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Jequié, suas secretarias e órgãos (Lei nº. 1552/2002 – Doc. 2; 1663/2005) para essa discussão, por trazerem um aspecto relevante quanto à gerência do PSF. Foram estas leis que criaram os cargos de gerente médico do PSF, gerente enfermeiro do PSF (2002) e gerente odontólogo de PSF (2005), dentre outros.

Esses cargos são de livre nomeação do gestor municipal, o que significa dizer que, quem designa os profissionais – médico, enfermeiro e odontólogo - que atuarão no PSF é o prefeito. O projeto inicial para a elaboração da lei de nº. 1552/2002 foi enviado à Câmara Municipal de Jequié em 2001, segundo ata de reunião extraordinária do CMS de 05/12/2001 (Doc. 6). Nessa ocasião, foi solicitado à Secretária de Saúde, que explicasse a função de cada um. Ela informou que os profissionais continuariam fazendo o que já faziam em sua prática, apenas mudaria a forma de contratação que até então era feita via Associação dos ACS (Doc. 6). O CMS questionou o projeto.

Na reunião do CMS de 19/12/2001 (Doc. 10) foi informado que o projeto havia sido retirado, após reunião do dia 11/12/2001 de uma Comissão de Saúde na qual estavam presentes o presidente do CMS e o secretário. Foi retirado para adaptações e posterior aprovação.

Logo em fevereiro de 2002 a referida lei foi aprovada, sanando um problema existente quanto à contratação dos profissionais, visto que, agora seriam nomeados para cargos no programa. Contudo, este meio de contratação concedeu ao gestor municipal a autonomia para

estabelecer “seus critérios”, quanto à composição da ESF. E a gerente, portanto, é a representante da gestão nessa equipe. Como tal, acaba que, muitas vezes, se limita a “fazer cumprir normas e rotinas, elaborar escalas, fazer o controle das faltas e intermediar os atritos entre trabalhadores e destes com a população” (FORTUNA, et. al., 2002, p. 277).

Notamos situações relacionadas a essas contratações que interferem de algum modo, no processo de trabalho gerencial do PSF: 1) os médicos e odontólogos não ocupam a gerência e a oferta é maior que a procura no mercado de trabalho, portanto, são mais difíceis de serem encontrados/contratados; 2) as enfermeiras ocupam a gerência e são encontradas, atualmente, em maior número, portanto, são mais fáceis de serem contratadas e substituídas.

Daí surge uma terceira questão que merece ser discutida. 3) a enfermeira - profissional que de fato executa a gerência, teoricamente mais habilitada para tal função -, é a que se encontra mais vulnerável, sem perspectiva de vinculação ao serviço e segurança profissional, submetendo-se, muitas vezes, aos interesses da gestão, devido a essa incerteza e subserviência a que se expõe.

Diante disso, dizemos que, até então, a gerência não se configura como alvo de preocupação dos gestores, pois sendo tão importante para condução do processo de trabalho no PSF, e notadamente eficiente na mudança do modelo de atenção à saúde que se pretende alcançar, não deveria ser tratada dessa maneira. A discussão é complementada com a idéia da possibilidade da gerente indicada, não ter o olhar voltado para a população, e, o exercício da gerência concomitante à assistência da enfermeira, conforme encontrado na fala do informante 2.

[...] No município que a gente vive em Jequié, **este vínculo é associado a um cargo de confiança de livre nomeação do gestor**, então quem entra associando a política de saúde a política partidária **não tem o olhar da melhoria do serviço pra população**. Obviamente que existem profissionais e profissionais, [...] hoje no município a gente não tem um critério pra nomeação, o **critério seria de apadrinhamento**, que isso prejudica não se vê, a questão [...] curricular coisa desse tipo (Inf. 2 / grupo I).

Pensar sobre esta primeira idéia pontuada nos faz visualizar uma singularidade na gerência do PSF, onde há profissionais e profissionais. Ou seja, há os que olham para a “melhoria do serviço pra população” e há (e sempre haverá) os que olham para a gestão, para aqueles que os apadrinharam. Resulta dessa multiplicidade de olhares, uma diversidade na gerência e no comprometimento desses profissionais com o seu fazer cotidiano no PSF.

Em seguida, reconhecemos que a enfermeira vivencia no PSF a experiência de ser gerente e assistente ao mesmo tempo, do que resulta uma série de situações e particularidades

que perpassam a atuação da enfermeira no Saúde da Família, que se encontra com duas funções: assistir e gerenciar. A respeito dessa particularidade, estaremos discutindo doravante.

4.3 DIALÉTICA ENTRE A ASSISTÊNCIA E A GERÊNCIA: ‘ENTÃO ASSIM, É UM MALABARISMO O QUE A GENTE FAZ [...]’.

O processo de trabalho gerencial no PSF tem sido desenvolvido pela enfermeira da unidade, concomitante às suas funções assistenciais, embora de forma assimétrica. Percebemos um trabalho executado em duas dobras que: em um lado a enfermeira atende, acompanha, orienta os usuários cadastrados; e em outro, a enfermeira coordena, organiza, avalia, supervisiona, planeja, acompanha o trabalho da equipe. Nas palavras da informante 5 “é um malabarismo” o que a gerente faz.

Consideramos a extensão e a profundidade tanto da gerência como da assistência, e, ao recorrermos aos estudos existentes sobre a temática, observamos que tanto nas teorias da Administração, como nos textos dos autores que tratam de administração de serviços de saúde, não está previsto que o gerente da instituição/unidade seja, ao mesmo tempo, o operacional. O trabalho desenvolvido dessa maneira favorece risco de prejuízos a alguma dessas funções.

A assistência da enfermeira é representada em saúde da Família pelo atendimento dos usuários, nos mais diversos programas implantados [ações programáticas], tais como pré-natal, planejamento familiar, preventivo, acompanhamento de crianças, adultos e idosos, hipertensos, diabéticos, usuários em tratamento de tuberculose e hanseníase, atividades educativas, visita domiciliar, e outros.

Nascimento (2003) relata em seu estudo, que a implementação das ações programáticas no PSF, amplia o atendimento da rede básica de saúde, alcançando a clientela no território de atuação da equipe, com oferta organizada, garantindo assim, melhor acesso da população ao serviço.

Concordamos com esta afirmação, ao tempo em que, consideramos esta ampliação do serviço da enfermeira, um fator condicionante do aumento das atividades, e, conseqüentemente, uma sobrecarga no processo de trabalho, pois ela divide o seu tempo entre gerência e assistência. E, de forma peculiar, essa assistência é feita em todos os programas, diferente da Unidade Básica tradicional, como contempla a fala da informante 3.

[...] quando você vai pro centro de saúde cada enfermeira ta em um programa, quando você vai pra equipe de saúde da família **um enfermeiro para todos os programas, então há essa diferença**. Apesar dele tá com uma população que não é demanda espontânea, entre aspas, porque às vezes acontece também a demanda espontânea, né. Mas, apesar dele ta com essa população, mais ou menos [...] restrita, ele tem que **desenvolver todas as atividades**, então é diferente do enfermeiro que ta no centro de saúde aonde ele é só de hipertensão, ele ta lá só com hipertensão, ele é só de diabetes, ele ta lá só com diabetes, ele ta lá com qualquer outra ação, tuberculose ele ta lá. Já **o enfermeiro, a enfermeira da estratégia ela faz todos esses serviços, ele tem que ser super super**, e eu aqui [...] tiro meu chapéu pra essa competência (Inf. 3/grupo I).

A assistência desenvolvida no PSF pela enfermeira envolve a atenção à saúde nos diversos programas preconizados pelo MS, e para isso, mobiliza diversos conhecimentos, assim como habilidades e atitudes. A enfermeira é generalista (como também deve ser o médico da unidade), acompanhando todos os grupos prioritários.

Nesses programas, conforme estudo de Ferreira, Andrade e Franco (2009, p. 94), privilegia-se “a relação individual, enfermeiro-usuário, com ênfase na doença e no corpo anatomofisiológico”, obedecendo a cronogramas previamente estabelecidos. Ali na consulta/atendimento a enfermeira é a que atende, acompanha, orienta. Além disso, ela é a gerente da Unidade, que ouve a queixa, que intervém sobre os problemas, que planeja, avalia. A informante diz que a enfermeira tem que ser “super super” e merece o reconhecimento [tira o chapéu] para essa dupla atuação.

A Gerência envolve tomada de decisão, flexibilidade em alguns momentos, frieza em outros, um olhar crítico e apurado sobre os fatos, lidar com a ansiedade e as dificuldades de cada membro da equipe e enfrentar dificuldades que o serviço possui. Isso tudo dentro das funções de planejamento, avaliação, organização e supervisão do serviço.

Santos (2007) compara a gerência ao Sistema Nervoso, com suas subdivisões em Sistema Nervoso Central (SNC) [que seria a próprio gerente] e o Sistema Nervoso Periférico (SNP) [representado pelos serviços médico, odontológico, de enfermagem e administrativo], que deve trabalhar em sintonia com o SNC, enviando estímulos por meio de suas ligações.

Para este autor

o gerente de uma unidade é o que recebe todos os estímulos externos da comunidade atendida e os estímulos internos dos colaboradores [...] compete a ele diagnosticar, planejar, eleger prioridades, orientar; enfim, administrar todos os setores da unidade e todas as variáveis relacionadas à promoção da saúde (SANTOS, 2007, p. 84).

Esta comparação nos relembra o modelo tradicional de gerência, verticalizado e centralizador, contudo, devido apenas à sua complexidade fazemos esta comparação com o Sistema Nervoso. Na prática, o que vemos é uma gerência em que o representante do SNC apontado como gerente, também é SNP, já que ele também está lá na assistência e recebe e

envia estímulos, tanto da comunidade em seu próprio atendimento, como da equipe em seu cotidiano como gerente.

Além dessa dualidade identificada, bastante complexa em sua dimensão prática e organizacional, as “sinapses” (se assim podemos dizer das relações estabelecidas nesse Sistema Nervoso chamado gerência), são bastante complexas, pois envolvem “neurônios” (atores sociais) diferenciados – usuários, equipe, gerentes, gestores – com intenções e necessidades também diferentes. O estabelecimento dessas relações requer mais do que uma gerente, requer uma gerência partilhada e discutida para o alcance dos objetivos e a satisfação das necessidades que estão envolvidas nas decisões, organizações e planejamentos propostos.

Concentrar a gerência em um nível central na USF pode ser um risco ao trabalho em equipe. Poderíamos, até dizer que, a gerente que assume toda a organização sob os seus cuidados estará sempre sobrecarregada, com risco de não reverter o modelo assistencial e manter-se em um modelo centrado no doente e na busca por cura e nada mais, repleto de normas e padrões que não geram impacto sobre a vida do usuário.

A dinâmica do trabalho nessa dupla jornada da enfermeira busca sempre um equilíbrio entre a dimensão gerencial e assistencial, pois presumem conflitos, transtornos e dificuldades, que ampliam ainda mais a responsabilidade desta trabalhadora. Os depoentes falam dessa dupla jornada – gerência e assistência – como algo *complicado, pesado*, dado a sobrecarga de atividades, o “malabarismo” que tem que ser feito para corresponder às demandas que estas funções exigem. Convergem para esta direção quanto ao processo de trabalho gerencial as falas dos depoentes 5, 7 e 8.

[...] o enfermeiro de PSF além da **assistência em todos os programas** ele ainda **coordena**, ele ainda **gerencia**. Então assim, é um **malabarismo o que a gente faz**. [...] Às vezes acaba tendo algumas falhas, mas é normal porque a gente também não tem nem tempo de ta em todos os setores ao mesmo tempo. [...] Às vezes **o atendimento tem que ser rápido**. [...] **é muito complicado**, porque **frustra a gente**, porque na verdade assim, a comunidade ela espera no gerente que resolva os problemas dela, né. Porque assim, na verdade tem uma equipe, mas [...] tem uma pessoa como gerente, que no caso é a enfermeira. [...] o gerente na unidade **tem que ser mágico**. Ele tem que fazer tem que entrar com a cara e com a coragem e tentar fazer as coisas de uma forma que a gente consiga abranger tudo na gerência (Inf. 5/grupo II).

Ah é assim, a gente desenvolve tranqüilo agora assim eu acho que **sobrecarrega** né devido você tem que **ta dividindo isso com a assistência**, né. [...] (Inf. 7/grupo II).

Eu vejo **muito complicado**, tá porque ao mesmo tempo que **você gerencia você tem que atender**, né, então eu vejo **muito complicado** porque demanda tempo, né, a gente não tem tempo de organizar, fazer planejamento, porque você é responsável por tudo, você é instrutora, você é supervisora, você **gerencia** a unidade, né, você **faz atendimento** (Inf. 8/grupo II).

As falas dos informantes 20 e 22 complementam esta idéia, ao apresentar uma sobreposição existente entre a organização da unidade (gerência) e o atendimento (assistência).

O trabalho da chefe do posto é um trabalho eu acho assim, que pra **ela eu acho pesado**, porque a pessoa **organizar um posto** que tenha em média de 400, 500 famílias diariamente ali pra poder **atender** é muita família e também médico que não tem, e ela ta correndo atrás como **coordenadora** pra poder conseguir um médico pra ficar direto aqui na comunidade. **Eu acho pesado** (Inf. 20 / grupo III).

Eu entendo assim, que ela tem que fazer primeiro a **organização** do posto em geral, **acompanhamento** com os idosos, as gestantes que ela faz e também os hipertensos. Todas as segundas-feira ela **reúne com os agentes**, né pra **organizar os trabalhos**. A gente vê **visitando as famílias**, a gerente com os agentes, visitando os acamados, os hipertensos que não pode vim ao posto (Inf. 22 / grupo III).

Conforme estas falas, o processo de trabalho do gerente é complicado, ou torna-se complicado, à medida que, não há tempo para executar todas as ações que deveriam ser feitas, tanto da gerência como da assistência. Pela escassez de tempo [ou seria excesso de atividades?!], a enfermeira acaba que diminui o momento das consultas [prejuízo na assistência], ou deixa de fazer planejamento, supervisão, organização da unidade [prejuízo na gerência].

A informante 5 cita a falta de tempo para estar em todos os lugares da unidade. Contudo pensamos, não é a falta de tempo apenas, é impossível estar em todos os setores de uma única vez. O gerente poderia ter todo o tempo disponível, mas encontrar-se na vacina, na farmácia, na reunião da secretaria, na realização do preventivo, na visita domiciliar, na organização da feira de saúde do bairro, saber do que o ACS está desenvolvendo em suas visitas, realizar uma supervisão na área, tudo isso ao mesmo tempo, não é possível.

Uma maneira para realizar esta proeza, seria por meio de uma gerência participativa, com divisão de responsabilidades e tarefas, na qual, cada membro da equipe seria parte integrante das decisões e não apenas cumpridores de ordens. O olhar não seria apenas da gerente, mas de todos os membros da equipe que compartilhariam do processo de trabalho.

A informante 22, aponta certa ordem identificada no processo de trabalho da gerente, primeiro a “organização do posto”, depois o acompanhamento dos idosos, gestantes, reunião com os ACS e assim por diante. Mas na mesma fala, percebemos que a gerência e a assistência estão entrelaçadas e indissociadas.

Então, podemos dizer que não há uma simetria nessas duas dimensões do trabalho da enfermeira, nem tampouco elas são paralelas, ou isoladas. Gerência e assistência desenvolvida pela enfermeira se interrelacionam, repercutindo uma sobre a outra positiva ou negativamente.

Não há uma seqüência, mas há conseqüências entre o fazer e o não fazer na gerência e na assistência.

Gerenciar e assistir, concomitantemente, sempre resultará em algum desequilíbrio nos produtos finais almejados nesse processo de trabalho marcado por uma sobrecarga do profissional. Há uma frustração que acontece com a gerente, por não conseguir corresponder às expectativas da comunidade que por ela espera [informante 5]. Santos (2007) lembra um sentimento de imobilismo e de impotência, dadas as dificuldades e as limitações da prática gerencial.

O empenho da enfermeira gerente em busca da solução dos problemas da unidade – ausência médica, como citado – [Informante 20], revela que, a gerente ainda que esteja, por vezes, entre as suas demandas, a oferta organizada, sua programação diária, ao mesmo tempo, desdobra-se para resolver demandas administrativas, que também são de sua competência.

Ainda percebemos as particularidades de unidade para unidade, que resultam em tipos de gerência. Exemplo é a gerência em uma unidade na zona rural. A gerente possui demandas específicas de localidade, de distâncias, das condições sócio-econômicas da população adscrita e até sobre as demandas assistenciais que afluem para a unidade de forma espontânea.

A gerente necessita de algumas habilidades específicas para enfrentar as situações e tomar decisões. Uma dessas habilidades citada pela informante 9 foi olhar atentamente para as particularidades de cada usuário e co-relacionar com o trabalho que já vinha sendo feito anteriormente em visitas.

É complicado, é complicado [gerência e assistência], porque elas não funcionam de forma paralela né, elas são os dois processos que andam juntas de forma contínua, **tudo tem que andar**, então a gente tenta no máximo possível, é trilhar esse caminho. Na nossa unidade funciona de forma diferenciada né, dos PSF's que nós observamos principalmente na zona urbana, porque a gente possui uma comunidade extensa e microáreas distante, pessoas com nível econômico bastante baixo, com processo cultural também bastante diferenciado e um processo de acolhimento muito grande, porque todos os acontecimentos dessas microáreas desencadeiam na unidade; emergência, urgência, problemas de escola, todos os processos que dizem respeito de saúde tem que resolver aqui. [...] **Então tem todo um processo de ver o que é necessário e o que não é necessário, visualizando situação financeira do cidadão**, situação de interesse e o processo de trabalho que você já vinha fazendo anteriormente em visitas (Inf. 9 / grupo II).

Para a enfermeira “tudo tem que andar”, na unidade, a gerência e a assistência, e isso se torna bastante complicado. Na zona rural, ainda mais complicada pela extensão da área e as distâncias das microáreas e toda uma particularidade no atendimento/assistência que reflete na gerência, quanto aos modos de organizar o serviço.

Foi visto então, que a enfermeira no PSF fica com a responsabilidade para si, não apenas da gerência que está relacionada à sua prática assistencial, mas também da gerência que proporciona um ambiente favorável à assistência dos demais membros da equipe. Desse modo como está estruturada a gerência, teria que estar um “pouquinho dela” em cada lugar da unidade e isto é um “malabarismo impossível” que ela tem que fazer.

As opções de ser malabarista ou mágico para driblar a sobrecarga e o peso que há sobre a função não pode ser vista como uma solução. Segundo Santos (2007, p. 83),

o gerente também não é mágico, de maneira que se torna imprescindível o olhar amplo, holístico e metucioso. Deve-se ter consciência para fazer o melhor trabalho local. Trabalhar com as potencialidades e possibilidades de mudanças que levarão sempre a uma reenergização constante, para que não sedimente a frustração e o desânimo, pois estes poderão levar à mesmice da ‘administração apenas de papéis’ e não de serviços.

Este olhar amplo a que Santos se refere, preferimos entendê-lo como uma multiplicação de olhares, ou seja, ampliação das responsabilidades para os membros da equipe – co-responsabilidade – e não somente aumentar a visão da gerente. Concordamos então com o autor e enfatizamos a necessidade de uma diluição no processo de trabalho gerencial, de forma que a “mágica” se torne o fazer cotidiano dos membros da equipe, envolvida pelo comprometimento de todos.

A sobrecarga que a enfermeira gerente experimenta, além dos danos ao andamento dos trabalhos, pode favorecer prejuízos à saúde da própria gerente, como aponta a informante 2, complementando o que dito sobre essa dupla jornada da gerente no PSF.

[...] quem faz a saúde pública é o profissional de enfermagem, ele que está preparado pra educação continuada, ele que está preparado para **administração em equipe**, e ele que tem a **parte toda assistencial**, disso vem outro lado **sobrecarga esse profissional**, e esse profissional logo, logo ele fica no pico de **estresse**, e tem as atividades comprometidas e podemos vir a **desenvolver uma patologia** associada a isso (Inf. 2 / grupo I).

Nos tempos dominantes do taylorismo, em unidades fabris, diríamos que o trabalhador operacional é o que estaria mais sujeito aos “picos de estresse”, devido à alienação a que estava exposto e às cobranças efusivas para o cumprimento do seu trabalho em horários pré-determinados, com rígidas metas a serem cumpridas. Mas, no PSF, a gerente é quem se encontra vulnerável ao estresse pelo trabalho. As cobranças lhe são direcionadas porque é como se ela fosse “quem faz a saúde pública”, a que está mais comprometida com as mudanças esperadas e com a efetivação do PSF.

As cobranças vêm dos diversos seguimentos – gestores, equipe, comunidade – e a gerente com a responsabilidade de corresponder a toda esta expectativa. Ressaltamos, porém, que nenhuma das gerentes entrevistadas citou adoecimento pela função que exerce e a fala acima é de um informante do grupo de gestores. Sabemos que estes lidam com a ansiedade e angústia das gerentes para a concretização das atividades, e percebe, em seu olhar do lado da gestão, o estresse experimentado pelas gerentes no PSF.

A gerente se encontra no centro articulando a relação entre gestores, equipe e usuários. Mantém contato com todos esses seguimentos para o funcionamento da unidade e encaminhamentos na gerência. Por detrás destas relações, há outras que implicam em necessidades de saúde, especificidades da área; inter-relações em equipe, problemas de funcionários, necessidade de educação continuada; referência e contra referência. A dupla jornada da enfermeira gerente no PSF é complicada, conforme a fala dos informantes e torna-se mais ainda, ao analisarmos que a enfermeira no PSF é gerente de si mesma como complementa a informante 3.

Eu entendo que o processo de trabalho do gerente da equipe de saúde da família ele ta muito voltado para a **função dupla na unidade**, porque ao mesmo tempo em que esse profissional ele é **gerente** ele também faz **assistência**, então fica uma **dupla atividade** e às vezes um pouco **complicada** até pra que ele possa ta atendendo a comunidade, dando assistência e ao mesmo tempo acompanhando dentro do processo, né administrativo cumprindo as ações administrativas que qualquer unidade de saúde requer. [...] Porque a enfermeira gerente da unidade de saúde da família ela é **gerente dela mesma**. Ela responde pelo serviço que ela faz, porque ela ta lá na assistência, então **ela responde também como gerente dela**, acompanhando o trabalho que ela faz. [...] Eu não posso aceitar, em hipótese alguma, que **alguém seja gerente e ao mesmo tempo seja o operacional**. Fica muito [...] **complicado** pra um gerente de unidade (Inf. 3 / grupo I).

No dia-a-dia da enfermeira gerente ela chega à unidade e ocupa-se de atividades assistenciais. Os usuários já agendados [oferta organizada] a aguardam para atendimento. Ela atende [atuando como enfermeira], mas ao mesmo tempo, ela também resolve demandas gerenciais da unidade [atuando como gerente], sabe quem está de férias, quem veio trabalhar, responde ao técnico de enfermagem sobre dificuldades na triagem. Recebe telefonema da SMS, ocupa-se dos problemas no agendamento de exames no sistema *on line* da central de marcação.

Enquanto atende, também responde como gerente da própria assistência. Gerente dela mesma. Algo bastante complicado que gera uma perda do foco na assistência que divide com atividades gerenciais. Alguns autores defendem, e assim concordamos que, a assistência é o principal eixo da prática da enfermeira, sendo a gerência necessária à organização da própria assistência (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009), porém no PSF identificamos que ela é

transpassada pela gerência da unidade constantemente no processo de trabalho da enfermeira. A informante 13 fala dessa perda do foco e complementa as demais.

Eu vejo que o PSF tem uma **perda sobre isso**, [...] a gerência na própria equipe ou o enfermeiro ou médico, **quem assumir, ele vai está acumulando função**, automaticamente **ele não vai desempenhar a função dele 100% como o enfermeiro** também não consegue, então, sempre alguma coisa vai ficar a desejar, **ou a assistência ou a coordenação**. [...] eu sou da coordenação entre aspas, mas a **coordenação aqui é um pouco dividida**. E mesmo dividido, ainda sobrecarrega o enfermeiro, pela coordenação direta com a secretaria municipal de saúde, né, reunião, prestação de conta do dia-a-dia da unidade. Então, hoje a nossa unidade **já deveria ter um administrador do PSF**. Então, talvez seja assim a luz no fim do túnel, ter um administrador, entendeu? Então, enquanto não tiver a gente vai ficar assim, porque mesmo **dividido fica sobrecarregado**, porque você divide de uma forma informal, automaticamente você ainda se sente responsável, **porque diretamente ninguém responde**, o odontólogo ele pede tal, mas se tiver um problema de magnitude maior quem vai responder? **É o enfermeiro coordenador, porque legalmente é ele quem responde**. Então ele nunca vai se desligar ao ponto de deixar acontecer um problema maior. Folga, respira, mas não dá pra gente dizer assim “ah, eu to completamente desligado, ta entendendo”? (Inf. 13 / grupo II).

De igual modo a informante 23 do grupo III, complementa idéia ao apontar a perda do foco no trabalho da enfermeira da ESF, em detrimento das atividades chamadas de “burocracia”.

Pra gerente eu acho que tinha que devia ter outra pessoa porque **tem muito trabalho burocrático. É muita papelada** [...] porque um enfermeiro **pra fazer a assistência** aos usuários e **trabalhar em cima dessa burocracia**, né que a própria saúde exige. Hoje em dia a gente sabe que tudo a gente tem que ter números, a gente tem que tudo ta registrando, tudo tem que ta numerando, nessa **perde um pouquinho do foco**, acho que enfermeiro é pra **atender, orientar o usuário, fazer aquela parte de atendimento em si** e a outra parte administrativa teria que ter outro funcionário (Inf. 23 / grupo III).

O foco da atuação da enfermeira é a assistência, mas no PSF há uma sobreposição entre esta e a gerência, de forma que, não há como manter-se focado apenas na assistência, ou priorizá-la, porque ainda quando a enfermeira está na prática assistencial, ela é identificada como gerente, e dessa forma é solicitada/identificada. Ainda há outro diferencial, a gerência a que estamos nos referindo é a gerência da USF, não apenas gerência do cuidado feita pela equipe de enfermagem. Vários estudos falam da gerência da enfermeira, como os de Hausmann e Peduzzi (2009), de Benito e Becker (2007), mas enfatizam a gerência da assistência de Enfermagem.

Não estamos falando apenas do domínio de técnicas gerenciais reconhecidas em disciplinas de administração, mas nos referimos ao desenvolvimento de habilidades gerenciais, para a condução de uma equipe multiprofissional e também, à habilidade para mobilizar conhecimentos e atitudes que concretizem o PSF e a equipe, para que, por fim, cumpra seu intento de reorganizar a Atenção Básica. Se há uma perda do foco, ainda não

estamos, necessariamente mobilizando conhecimentos, habilidades e atitudes de forma eficiente, ou pode ser que, para a gerência em PSF, deve-se ainda encontrar um equilíbrio entre a prática gerencial e a assistencial.

Divergindo também desse trabalho visto como sobrecarregado e feito por um só membro no PSF, a informante 4 fala de uma gestão em equipe, de forma integrada e com responsabilidades distribuídas.

[...] o próprio, né já fala programa saúde da família é **uma equipe**, então, é estratégico, mas acho que é mais ou menos por aí, **distribuir responsabilidades** mesmo, e, principalmente nessa questão de gerenciar, porque se eu errar todo mundo errou comigo e se eu acertar o mérito é de todo mundo também, né (Inf. 4/grupo II).

Contrariamente a esta idéia de que a enfermeira está sobrecarregada com a gerência e a assistência, o processo de trabalho na gerência é visto nesta fala de forma integrada e participativa com os demais membros do grupo, para que se ela errar o erro seja dividido entre todos os membros da equipe, assim como se acertar, que o acerto seja coletivo. Na teoria vemos dessa forma, mas na prática, é possível identificar em proporção bem mais acentuada, uma prática centrada na gerente, onde não há, claramente, entre as equipes, uma divisão de responsabilidades. Pode haver de tarefas, mas não de responsabilidades. Esta fica a cargo da enfermeira gerente.

Alves (2007) afirma que o sucesso em uma liderança é o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o líder/gerente e os seguidores/membros da equipe. O sucesso e o fracasso estarão relacionados ao conjunto daqueles que se comprometeram com a atividade. A isso chamamos participação. Para que a mesma ocorra, faz-se necessário uma maior descentralização de poder e uma política de pessoal que incentive a co-participação e co-responsabilidade entre os membros da equipe.

Diferente dos demais, a informante 6 fala do processo de trabalho como algo difícil, pela dependência dos departamentos para estar resolvendo as demandas da unidade, que dependem da gestão e essa relação dificulta o alcance da resolutividade.

Difícil, porque, a gente depende do gestor, do departamento de assistência, o departamento de assistência, por sua vez, depende do gestor de saúde, que é a secretária de saúde, a secretaria de saúde fala que depende do gestor municipal, que é o prefeito, então, **fica difícil pra gente dar resolutividade nas coisas da unidade**. Mas eu tento o máximo, fazer o máximo, em relação ao poder de resolutividade (Inf. 6 / grupo II).

As Unidades estão vinculadas ao Núcleo de Atenção Básica, localizado no Departamento de Assistência, que por sua vez, depende de uma instância superior – a

Secretária Municipal de Saúde. Esta relação de dependência revela uma estrutura hierárquica, na qual a gerência da ESF está na porção inferior e, para alcançar resolutividade, depende de todas as outras que estão acima.

Os níveis hierárquicos não só organizam o serviço, como dividem as organizações em camadas ou níveis de autoridade. Ou seja, quanto mais se sobe na escala hierárquica, mais aumenta a autoridade do administrador. A autoridade implica em poder de tomar decisões, transmitir ordens e alocar recursos para alcançar os objetivos da organização (CHIAVENATO, 2001).

Na saúde, de igual modo, tem mais autoridade o maior nível na escala hierárquica. Então, a gerente no PSF, possui menor poder de decisão, e conseqüentemente, de autoridade. Para o programa essa hierarquia dificulta a resolutividade, porque torna o processo de tomada de decisão lento e burocrático. Como algumas demandas em saúde, não podem esperar, têm-se um processo de trabalho de difícil execução e concretização.

O trabalho gerencial do PSF destina-se a uma finalidade, uma temporalidade [quando é desenvolvido], envolve agentes/trabalhadores e instrumentos em sua execução. Passaremos a analisá-lo e compreendê-lo na perspectiva da teoria do processo de trabalho, abordando seus componentes de forma articulada, por serem apresentados desta forma no cotidiano das equipes de saúde.

CAPÍTULO V

“O conhecimento nunca está terminado. É uma teia que vamos tecendo a partir da superação dos limites: eu respeito o limite do outro e estabeleço com ele o pacto do cuidado, ao mesmo tempo em que ambos avançamos”. E arrematou: “não posso negar o que o outro é e nem encarar o não saber como limite. Toda estranheza cai por terra se dividimos nossas necessidades”.

(Pe. Fábio Melo)

5 COMPREENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO PSF

Neste capítulo discutiremos a análise do processo de trabalho na prática gerencial em si. Os elementos que compõe este processo – *objeto, instrumentos, agentes e finalidade* - em saúde, e mais especificamente na gerência em Saúde da Família, adquirem um desempenho específico, dada as particularidades do próprio setor, que dentre elas, destacamos o desenvolvimento do *trabalho vivo em ato*, defendido por Merhy (1997) e tão presente no agir em saúde.

A consecução do trabalho em saúde para a produção do bem almejado – quer seja a cura, a reabilitação, a orientação - requer um encontro entre trabalhador e usuário e a construção nesse espaço intercessor, da produção do cuidado, mediante o desenvolvimento das práticas de saúde e a utilização das tecnologias disponíveis a este trabalhador.

Notadamente, a prática gerencial antecede a produção do cuidado e por ela perpassa, existindo de forma tão necessária para a efetivação deste último (resultados esperados), como uma *atividade-meio*, mediante a organização do serviço, planejamento, avaliação, supervisão, ou seja, ações que permeiam o campo da gerência.

Entretanto, por constituir-se em uma forma de governar processos de trabalho, a própria gerência reside no campo das tecnologias leves. Implica em relações interpessoais, dispõe de instrumentos, tem uma finalidade a que se destina e envolve agentes para a sua operacionalização (MERHY, 1997).

Dizemos também que o processo de trabalho, requer a utilização, além das tecnologias leves, de tecnologias leve-duras por trazer saberes estruturados. O que foi menos identificado no processo de trabalho gerencial, foram tecnologias duras, pois, não foram pontuados como necessários muitos equipamentos para esta prática, e sim, elementos mais envolvidos ao “saber” e ao modo como o gerente se relaciona/posiciona diante da equipe, dos usuários e gestores (MERHY, 1997).

Assim, consideramos que, se no processo de trabalho para a produção do cuidado encontramos especificidades, em gerência de USF, certamente estes elementos também adquirem certa personificação, que ora trazemos em análise, para uma reflexão preliminar:

I - o gerente em sua prática objetiva o funcionamento da unidade para que a oferta de assistência à saúde aconteça da melhor maneira possível; II - seu agir, muitas vezes, não está diretamente relacionado ao usuário, mas pode refletir neste positiva ou negativamente a

dependem das decisões que forem tomadas, que chegam a este por ausência ou presença de assistência ou atos de saúde; e III - O gerente utiliza ferramentas em sua prática, intervindo sobre o objeto de trabalho e suas necessidades de saúde.

A prática gerencial no PSF conta com que objeto? Na teoria do processo de trabalho o objeto é tudo “aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 321). Sendo este o alvo da sua ação para a produção do resultado final, dizemos então que o objeto ou matéria-prima em saúde é o próprio homem.

Portanto, na gerência o processo de trabalho incide sobre o usuário, ou por meio dele, ou mediante necessidades e demandas de saúde trazidas por ele para a produção do resultado final, que pode ser a produção do cuidado, cura, atendimento, fornecimento da medicação, ou outros. É claro que não podemos considerar esta idéia como algo estático, pois o “objeto” não é plenamente estruturado, um núcleo frio, rígido. Ele traz uma subjetividade ao processo e lhe confere uma complexidade que vai além da utilização de saberes estruturados para a elaboração de um produto.

Para o alcance desse fim/produto são utilizados instrumentos pelo trabalhador/gerente, estabelecidos previamente para esta prática e que inserido entre o trabalhador e o usuário produz o resultado final (seja o esperado ou não).

Durante a realização da coleta foram identificadas no processo de trabalho do gerente algumas convergências e complementaridades, quanto à finalidade, tempo de execução, modos de operacionalizar a gerência e nos instrumentos necessários, bem como, divergências e diferenças. Conhecemos o processo de trabalho, e a partir de então, traçamos discussões acerca da forma como esta gerência tem sido conduzida no PSF em Jequié-BA.

5.1 Processo de trabalho gerencial: pra quê, quando, com quem e com quê.

A gerência é identificada como um *instrumento* para efetivação de políticas e transformação de modelo de atenção à saúde (CAMPOS, 1998; ERMEL, FRACOLLI, 2003). Também como uma *atividade-meio*, cuja ação envolve a integração entre diversos trabalhadores de saúde, equipe, usuários, gestores, para possibilitar a produção do cuidado (MERHY, 1997).

Sendo instrumento ou atividade-meio, no PSF a gerência tem sido uma atividade capturada pela enfermeira, paralela à assistência que esta trabalhadora em saúde desenvolve.

A enfermeira é gerente da unidade e gerente do cuidado que, tanto ela como a equipe de enfermagem executam. Cada uma dessas atribuições possui finalidades diferentes no processo de trabalho, o que gera certa dualidade e faz com que a enfermeira encontre-se na unidade em uma dupla jornada, para ações de caráter gerenciais, e para ações de cuidado.

No processo de trabalho gerencial, coordenação, supervisão e planejamento são identificados como ferramentas utilizadas na área de competência do enfermeiro para o seu desenvolvimento (KAWATA, et. al., 2009). Neste estudo a *coordenação* emergiu como uma finalidade, ou “a que se destina” o processo de trabalho gerencial do PSF, juntamente com a *organização do serviço*. Convergem para esta afirmação as falas dos informantes 6, 8 e 10.

É **coordenar**, eu acho que pra ser gerente da unidade a pessoa primeiro tem que ter um **compromisso**, né? Pra mim é uma função e ter **compromisso, responsabilidade é trabalho em equipe**, porque grupo é uma coisa e equipe é outra, né por mais que a gente tá ali na parte de coordenação, de gerente, mais aí tem que saber que a principal, **a palavra final nunca é a da gente e sim da equipe toda**, né que é um processo de construção (Inf. 6/grupo II).

Realmente é **coordenar**, é [...] **organizar**, é **participação**, pra mim é isso, é participação é principalmente com membros da equipe, de tudo dos membros da equipe (Inf. 8/grupo II).

Pra mim [...] é realmente assim **organizar**, entendeu? Parte de **organização** mesmo da **funcionalidade** [...] da própria unidade. Porque **se não tem um gerente que tá ali nada vai existir. Não vai ter ninguém pra fiscalizar**, não vai ter ninguém **pra coordenar**, não vai ter ninguém pra ta dando um direcionamento, entendeu? [...] É isso mesmo, **é pra organizar** (Inf. 10/grupo II).

Identificamos como finalidade dar um direcionamento ao trabalho da equipe, coordenar, organizar o serviço com compromisso e responsabilidade. Esta finalidade é vista como indispensável, pois caso não tivesse a gerente na unidade, “nada existiria”. De acordo com as falas, a unidade fica sem direção, sem organização, comprometendo a sua funcionalidade. Fala também do trabalho em equipe e que a palavra final nunca é da gerente, e sim, da equipe.

O compromisso e a responsabilidade são citados como competências que a enfermeira necessita desenvolver para o desempenho da gerência. Tais palavras, dizem muito do que o trabalho gerencial representa para a enfermeira, uma vez que, ela se dedica e se envolve para que o serviço aconteça. Vimos em alguns momentos esta situação, conforme observação 8.

A unidade encontrava-se em condições desfavoráveis de uso, necessitando de vários reparos. A gerente se mostrou bastante **solícita e preocupada quanto a esta questão**. O telefone fica na sala da gerente/consultório de enfermagem. Não há marcação na unidade e todos os exames são encaminhados para o CERAJE para este agendamento no sistema. A enfermeira/gerente encontrava-se atendendo HIPERDIA enquanto alguns **agentes comunitários estavam na unidade aguardando algumas determinações, informações e notícias da secretaria ou da unidade**. A própria enfermeira atende e fornece a medicação do hipertenso e diabético. Em um mesmo espaço da unidade funciona arquivo, recepção, almoxarifado (algumas coisas). Não há semana típica, o agendamento é feito por microárea. O médico não vai todos os dias da semana. **A enfermeira/gerente pára o atendimento para resolver problema da unidade por falta de material de limpeza**; chama o oficial administrativo para responder ao telefonema do almoxarifado central. A equipe não se mostra solícita à enfermeira/gerente, sendo que esta é quem faz toda a parte gerencial. Ela também não solicita a colaboração da equipe. Para ela “a gerência é função dela”, para tanto, utiliza o seu almoço e o que mais for necessário para honrar com os prazos e solicitações do departamento de assistência da secretaria municipal de saúde (Obs. 8).

A gerente demonstra atitude de compromisso e responsabilidade, tanto diante das demandas gerenciais como assistenciais. Ocupa-se de uma série de atribuições simultaneamente e não poupa tempo, nem esforços para o funcionamento da unidade. Observam-se tais competências quando a gerente atende a clientela, e também recebe os ACS, resolve demandas de material por telefone, enfim, busca o cumprimento das várias atribuições de modo positivo.

Contudo, mesmo diante do empenho da gerente, e de um discurso de trabalho em equipe, há um trabalho isolado, sem a participação da equipe e necessitando de uma maior articulação entre esta, a gerência e as atividades. Merhy (1997) defende a necessidade de uma “coletivização” na gestão dos processos de trabalhos com a participação de todos os atores sociais que tomem como referência-chave os interesses/necessidades dos usuários.

Para tanto, a fim de coordenar os processos de trabalho dos membros da equipe, que coexistem na unidade, a gerente também precisaria desenvolver como competência uma gerência com a participação de todos, com o olhar na comunidade, ou seja, uma gestão de modo participativo e compartilhado.

Coordenar significa estar à frente da equipe, mas não significa deter o poder de decisão, porque foi dito que a palavra final era da equipe [informante 6]. A equipe contribui com a construção do processo. Ainda assim, como já dito, mesmo que haja uma idéia de trabalho em equipe e de participação no processo de trabalho, há uma centralidade na gerente, que remete a essa sua finalidade citada pelos informantes - coordenação.

Além da centralidade, nota-se o desejo pela manutenção da ordem e de controle, tendo a representação da figura da gerente como centro do poder e da decisão. Comprovam esta afirmativa as falas dos informantes 4, 7, 10 e 12 que complementam as demais e falam da

finalidade da gerência como sendo passar confiança, orientar e influenciar a equipe, resolver problemas, planejar, avaliar e se auto-avaliar.

[...] eu acho que a finalidade é essa, a gente como gerente tem que **passar primeiro confiança e a gente acaba exercendo influência sobre as outras pessoas**, então, mesmo que eu não decida sozinha, eu tenho como **influenciar** pra que as coisas aconteçam, né **de um determinado modo**, até pela forma como você fala, então é aquela questão de ser líder e de ser chefe, então a gente tem que ser mais ou menos por esse lado: ser líder entendeu? Eu acho que é mais ou menos por aí, então a finalidade é justamente essa, **ter alguém ali como orientador de um grupo** [...]. Tem responsabilidade de cada setor, mas assim, sabendo que **todos estão ligados a essa gerência**. Tem a questão da própria **coordenação**, que é assim, hoje **o que a gente mais faz é resolver problemas**, né porque a finalidade da gente tá aqui (Inf. 04 / grupo II).

É, **desenvolver as atividades gerenciais** no perfil da minha unidade através de um **planejamento**, que é o que a gente tá fazendo, entendeu? (Inf. 07 / grupo II).

[...] fazer a parte toda de **funcionamento**, de **organização** da unidade, dos **atendimentos, da parte também do funcionário**, dos profissionais aí que tem, né, no caso aí fora, como as auxiliares, a recepção, é onde você tá também vendo o quê? O acolhimento se realmente tá acontecendo, [...] também o **andamento da unidade**, entendeu? Se está sendo feita, é onde também você **avalia** os outros profissionais, é onde você **auto se avalia** também, porque quando você tá na assistência, quando você tá na gerência, você também tem esse olhar, entendeu? (Inf. 10 / grupo II)

[...] A prática gerencial **envolve toda a parte administrativa da unidade**, a parte de **planejamento das atividades como um todo** [...] É **dar andamento as necessidades da unidade**, entendeu? Esse é o objetivo principal, porque **se eu não fizer e não estiver à frente, eu não vou**, como é que diz, resolver, **tentar resolver os problemas** que a unidade está passando, entendeu? (Inf. 12 / grupo, II).

A finalidade da gerência está relacionada a passar confiança, influenciar a equipe para que as coisas aconteçam e orientar o grupo, sabendo que todos estão ligados à gerência, planejar, fazer a parte de funcionamento e organização da Unidade, vê a parte de funcionários, como está o andamento da Unidade, avaliar e auto-avaliar, tentar resolver os problemas que a unidade está passando.

A confiança é estabelecida para garantir certa influência sobre a equipe, e mesmo que a gerente não decida sozinha, ela pode fazer com que os membros da equipe, caminhem para que as “coisas aconteçam de um determinado modo” (Informante 04). Alves (2007) diz que é possível influenciar pessoas por meio da liderança, inclusive modificando os seus comportamentos. Não uma liderança coercitiva, mas de forma simbólica, garantindo a direção e coordenação da unidade para o alcance dos objetivos.

Entretanto, se não houver liderança, a influência sobre o outro no processo decisório, pode parecer contraditório, ao entendermos a gerência numa perspectiva mais participativa, tendo a equipe maior integração no processo. Se o trabalhador for “influenciado” pela gerente,

para que a decisão parta dos seus interesses, corre-se o risco de não estarmos construindo um espaço coletivo e de participação de todos.

Não que a influência seja negativa, mas pode parecer antidemocrática, mediante o que já discutimos acerca do fato de a gerente ocupar cargo de confiança e, de algum modo, nessas circunstâncias ser orientada a “influenciar” as decisões que venham a favorecer os interesses de gestores e não de acordo com as necessidades e demandas da comunidade, das famílias e da equipe.

Observamos contradições e ambivalências no processo de trabalho gerencial no PSF, pois ao tempo em que ouvimos falar de participação, ouvimos também centralidade nas decisões. Como se a gerente conversasse sim com sua equipe, buscasse incluí-la, mas com o intuito de informar-lhe o que será feito, como, quando, de que forma, dentro de um “pacote pronto”. O que teria que ser decidido já foi na organização e planejamento da gerente, no mais, ela se empenha para influenciá-la e alcançar os objetivos propostos.

Campos (2007, p. 25) fala dessa característica da gerência como algo herdado pelo taylorismo. Uma função paternal do gerente, na qual “o operário é visto como um ser que não sabe o essencial a ser sabido”, e, por não saber, o que se torna mais correto é deixar em poder do “pai” - que detém o saber – a administração de todas as coisas. A democracia, ainda no taylorismo, soaria como uma irresponsabilidade, um risco por deixar crianças [membros da equipe] a enfrentar “o mundo” [o processo de trabalho em equipe].

Trazendo para o contexto das ESF, alia-se o paternal ao maternal advindo da enfermagem, por meio do qual a enfermeira enlaça, absorve e detém sob seu domínio, o comando da unidade, como uma “boa mãe” a cuidar dos seus filhos.

Quando é dito planejamento, orientação, avaliação [próxima da supervisão pelo contexto da fala], de um modo geral, essas finalidades já estão relacionadas à gerente. Na estrutura organizacional, é ela quem possivelmente detém um “saber tecnológico” para executá-las. Elas são esperadas das gerentes e não dos demais, daí ser o trabalho numa perspectiva participativa, um grande desafio no PSF.

Além dessas, outra finalidade pontuada pelos informantes 4 e 12 foi a busca pela *solução dos problemas*. As gerentes no PSF estão ali a fim de resolverem problemas e é o que elas mais têm feito [informante 4]. Isso nos leva a entender que, resolver os problemas, muitas vezes, ocupa a gerente mais do que o planejar, avaliar, coordenar, organizar.

Acreditamos na complexidade e magnitude da gerência, considerando que, como disse Merhy (1997), o simples encontro entre um trabalhador de saúde (com um arsenal de conhecimentos) e um usuário do serviço (com uma série de necessidades em saúde) já denota

grande complexidade. Imaginemos mediar esses processos de trabalhos e regular os planos/programações, metas, decisões e tudo o mais que implica na gerência?

Merhy (1997, p. 24) diz que

não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos.

É necessário deter conhecimentos e tecnologias, sim, entretanto, muitas vezes, “o resolver problemas”, [que seria agir sobre o imprevisto ocasional], é tão visto que o que foi planejado ou estabelecido como meta, acaba tendo que aguardar as “soluções” pleiteadas, tornando-se, portanto, uma finalidade da atuação da gerente no PSF – resolver problemas.

Divergindo dessa idéia administrativa, a finalidade da prática gerencial no PSF foi apontada também como sendo a *satisfação da comunidade*. Em outras palavras, a gerente atua para o alcance da satisfação das necessidades de saúde do usuário e obtenção de resultados positivos na assistência. Assim diz os informantes/gestores 1 e 3, como vemos nas falas abaixo.

[...] todo mundo tem que desenvolver suas atribuições [...] **visando assim o bem-estar da comunidade**. Então o objetivo maior seria a questão do serviço que vai ser prestado pra aquela **comunidade**, [...] que todo mundo tenha suas atribuições de cada profissional, mas que no final todo mundo fale a mesma língua e num objetivo comum, que é o melhor possível que será oferecido pra aquela **comunidade** que vai ser assistida (Inf. 1/grupo I).

[...] muitas vezes a pessoa que não tem esse discernimento, não consegue separar muito, pensa que ser líder é dizer sim a tudo e aí muitas vezes prejudica a unidade, prejudica a população, entendeu que é o mais **o nosso foco quem é? É a comunidade**. Então, muitas vezes, essas coisas que faz passar a mão pela cabeça às vezes do profissional que ta lá do seu lado porque não quer desagradá-lo, isso muitas vezes leva a **um resultado negativo para a população** [...] (Inf. 3/grupo I).

Assim também os informantes/gerentes 5, 9 e 13, consideram a satisfação da comunidade a finalidade do “fazer” do gerente da USF.

[...] eu acredito que o papel principal aqui **é a comunidade**. Então primeiro a gente dá uma atenção, a prioridade à comunidade, depois a gente vem à gerência porque eu tenho meus aliados aí na gerência que me ajudam, meus braços, igual uma centopeiazinha cheia de braço, cheia de perna. [...] Porque o papel do enfermeiro é esse né, **primeiro eu tenho que cuidar da comunidade** (Inf. 5/grupo II).

[...] a gerência tem como finalidade de ta **contribuindo com o processo de assistência também**, porque não seria o processo de atuação no Programa de Saúde da Família, não que as práticas de promoção e prevenção não se, digamos sintetizam apenas no processo de assistência tem o **processo de gerência de forma complementar** como eu já falei [...] (Inf. 9/grupo II).

O meu termômetro como gerente aqui, [...] é ver **a satisfação da comunidade**. Então quando a comunidade começa a reclamar perante alguma coisa eu tento como gerente ver o que é que ta tendo [...] (Inf. 13 / grupo, II).

Nestas falas percebemos uma estreita relação entre a prática gerencial e a assistência, na medida em que, aquela [gerência] existe para que esta [assistência] aconteça, gerando bem-estar, produção de cuidado, satisfação. Resgatamos a idéia de Merhy (1997) quanto à gerência como uma atividade-meio, observando que esta se interpõe entre o usuário e o trabalhador em saúde, para favorecer o alcance da finalidade ora postulada pelos informantes – satisfação da comunidade.

Continuamos a reflexão dizendo que a gerência em PSF estende seus resultados à produção do cuidado, tanto da própria gerente (como enfermeira/operacional), quanto dos demais membros da equipe. Parte de um ponto e alcança todos os ambientes e demais processos de trabalho, na medida em que, a produção dos seus resultados (que como atividade-meio gera solicitações, manutenções, planilhas, relatórios, e outros) resulta no cuidado e, satisfaz [ou não] as necessidades de saúde dos usuários.

O modo como o Saúde da Família está proposto, favorece o pensar no usuário como foco da ação, embora em outros espaços de saúde seja ele também o objeto. A diferença que identificamos em PSF é que o vínculo e a co-participação do usuário, segundo Spagnol (2005) possibilita a inclusão deste como sujeito social em ação, podendo participar ativamente do processo. Complementa esta idéia as falas dos informantes 14 e 17 acrescentando a este contexto da comunidade, o *atendimento ao público* [assistência], a *participação popular e reuniões* como finalidade do trabalho da gerente.

[...] ela além do **atendimento** ao público, né [...] deveria manter, no meu ponto de vista, **o conselho de saúde**, que não existe mais, acabou o conselho local, que a gente lutou tanto pra implantar e infelizmente não tem mais. [...] E na coordenação interna ali eu não sei muito porque depois que acabou o conselho de saúde local **eu não tenho assim mais acesso igual como era antes** [...] (Inf. 14 / grupo III).

Como coordenadora, a função é **atender a clientela** dela, ali na forma e na altura que ela possa, né? Então é **atender**. Aí agora o que ela mais a mais que ela faz é isso as atividades do meu conhecimento é **as atividades local**. Aqui eu sei que sempre nós tem **reunião e ela passa e ela passa pra gente** até algum dia que ela ta em outras atividades e ela passa pra gente explicar a clientela [...] (Inf. 17 / grupo III).

Por executar atividades gerenciais e assistenciais concomitantemente, observa-se uma sobreposição das duas, e um não desmembramento destas por parte dos usuários, sendo a gerente vista, como aquela que tem como função, atender a clientela. Ressalta-se, no entanto, a importância do Conselho Local de Saúde (CLS), como espaço de construção coletiva, que

em Jequié, nas unidades pesquisadas foram encontrados implantados em 05 das unidades (universo 10), mas apenas 02 realizando reuniões periódicas.

Sem a atuação do CLS a comunidade fica à parte, sem acesso às decisões e à participação no planejamento das ações na Unidade de Saúde. O controle social, além de aproximar a comunidade e a equipe, fortalece a inclusão do usuário no processo decisório da gestão e traz consigo o compromisso deste com a sua própria saúde e da comunidade [empoderamento³⁶ - princípio da promoção da saúde] (SANTOS, 2007).

Embora o usuário seja objeto/finalidade e alvo das ações a serem implementadas, sua participação na construção das decisões por meio dos espaços já conquistados – conselhos locais – ainda não é efetiva nas USF's, referindo-me especificamente a Jequié, o que nos leva a pensar acerca da necessidade de uma prática gerencial que se estenda como uma prática coletiva e de coletivos (SPAGNOL, 2005; CAMPOS, 2007).

O avanço observado no processo de descentralização na saúde, juntamente com a redemocratização do país não nos permite mais um cenário excludente e não-participativo. Santos (2007) chega a dizer que, o uso do poder local juntamente com o controle social, pode ser pontual para o sucesso da gerência na Atenção Básica.

Campos (1997, p. 258) falando sobre os conselhos de saúde, já afirmava que a ação destes “pouco tem influenciado os métodos de gestão ou o desempenho do trabalho em saúde. O controle social, por meio dos Conselhos, não tem atingido, de forma contundente, o cotidiano dos serviços”. Não seria o caso de afastar os Conselhos, mas (re) significar a sua participação e buscar modos de fortalecê-lo nas Unidades de Saúde.

Diferente de todos acima citados, a finalidade do trabalho gerencial apontada pelo informante 11 sugere que a gerente está ali para *representar* a equipe, perante a SMS e os demais órgãos, bem como estar estimulando a equipe para o desenvolvimento das atividades.

Eu continuo entendendo como um **representante** da equipe diante da secretaria, diante de outros órgãos, é alguém que **representa** a equipe. Pra mim esse gerente é aquele que além de **representar** ele tem aquela função de, o principal é **representar**. Um outro ponto seria tá **estimulando a equipe**, tá **puxando** [...] eu acho que no sentido de tá **estimulando o desenvolvimento das atividades** mesmo de tomar iniciativa em algumas coisas (Inf. 11 / grupo II).

Esta finalidade sugere uma gerente motivadora, que está junto com a sua equipe para estimulá-la no desempenho das atribuições e não distante desta na condição de “gerente”. É

³⁶ **Empoderamento** - Refere-se ao reforço da capacidade de indivíduos e das comunidades para se manterem saudáveis capazes de enfrentar a vida com a melhor saúde possível (SANTOS, 2007, p. 23).

uma líder, aquela que já pontuamos em capítulo anterior. Aquela que (inter)media a relação equipe-secretaria-usuário, bem como, com os demais órgãos com os quais mantém relação.

A motivação é definida como “uma força ou energia que leva o ser humano a buscar alguma coisa” (MIRANDA, 2007, p. 114). Estando motivado, as atividades são desenvolvidas com mais empenho e compromisso. A gerente também deve estar motivada para lograr êxito ao incentivar o grupo ou a alguém da equipe individualmente.

Representar não significa tornar-se responsável exclusivamente pela equipe, mas estimular; ser aquele que toma a iniciativa e motiva a equipe. Essa é uma visão democrática do processo de trabalho gerencial. Para ele, estar estimulando e motivando utilizará ferramentas de líder, que como dito por Alves (2007, p. 112) “a liderança direciona os esforços dos indivíduos e ativa os grupos”.

Ressaltamos a necessidade da liderança para a prática gerencial como uma habilidade, que conduza o processo de trabalho e contribua para o planejamento, execução e avaliação das ações gerenciais no PSF, as quais serão desempenhadas durante o trabalho da enfermeira gerente. A liderança é interdependente da motivação.

A gerência tem um momento em que deve ser executada pela enfermeira gerente. Ao analisarmos este trabalho, buscamos identificar a que tempo a gerência é feita no PSF, e, em observação nas unidades, encontramos informações na “semana típica” ou cronograma de atividades de cada uma delas, elaborado conforme organização local.

Este cronograma corresponde à distribuição das atividades dos profissionais médico e enfermeira durante os dez turnos semanais. Encontrada na unidade em local visível, fixada na parede, geralmente confeccionada pelos próprios membros da equipe. Esclarece equipe e população sobre o planejamento das atividades destes dois profissionais.

A utilização deste instrumento também é bastante singular em Jequié: há unidade com apenas cronograma da enfermeira exposto em local visível a todos (01); médico e enfermeira exposto em local visível a todos (03); médico e enfermeira visível apenas para a equipe (01); sem semana típica exposta (03); com semana atípica (02). Contudo, independente da presença do cronograma exposto na unidade, observamos que, as equipes seguem uma organização previamente estabelecida para as atividades. Observamos uma rotina atípica durante a coleta de dados.

A unidade é bem atípica, com atendimento médico por demanda espontânea e a enfermeira/gerente embora possua semana típica, encontra situações atípicas muitas vezes, pois tudo que acontece de problema de saúde vai para a unidade. A equipe chega muito cedo e a enfermeira/gerente **tria os pacientes que irão para atendimento médico** e os que serão agendados ou liberados (geralmente atende todos). O médico estava na unidade e o odontólogo na área em atividade de campo. Os usuários que chegaram foram recebidos na recepção por um vigilante que dar um suporte ao administrativo. Gerente transita pela unidade **observando todas as salas e dando orientações às técnicas de enfermagem e ao pessoal de apoio administrativo** (Obs. 10).

Acreditamos na eficácia desse instrumento para a organização do processo de trabalho, mas, ao mesmo tempo, consideramos que o mesmo pode também limitar a atuação da equipe caso os seus executores não se permitam uma atividade ou atendimento fora daquela “semana programada”, exemplo, se no turno previsto para atenção à criança chegar uma mulher necessitando de atendimento e esta não ser atendida porque “não era o seu dia”.

Nas unidades com o cronograma, percebemos as seguintes atividades organizadas para o médico: clínica, adulto, criança, resultados, visita domiciliar, HIPERDIA, reunião de equipe. Estes, achados de forma bastante heterogênea, variam de unidade para unidade. Revelou-nos também que só apresentavam alguns turnos disponíveis, o que já discutimos quanto ao não cumprimento da carga horária médica em Saúde da Família.

Exposto na parede isso se torna, praticamente, oficializado em Jequié. Atividades voltadas à saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar e preventivo), ou visita domiciliar e também reunião de equipe, não estão sempre nos cronogramas médicos, priorizando-se atendimentos clínicos em consultório.

Para a enfermeira vimos: HIPERDIA, Saúde da Criança, Pré-natal, Planejamento familiar, visita domiciliar, preventivo, atividade educativa, reunião de equipe e administração. O turno destinado à administração, geralmente, é a sexta-feira juntamente com a reunião de equipe (ou tarde ou manhã). Algumas gerentes não deixaram turno para gerência. Uma única equipe se reúne às segundas-feiras. Deixando tempo para gerência ou não, esse trabalho encontra um espaço “na agenda” das enfermeiras-gerentes. Ao analisarmos o tempo disponível para a gerência, observamos as falas dos entrevistados 4, 5, 06 e 11, em que a gerência é feita quando é possível “fazer”, não há tempo “separado apenas para gerência”.

[...] A assistência acaba ocupando mais tempo até porque eu tenho né todos os programas, mas não é muito diferente não, porque tu sabe que às vezes tu ta aqui atendendo, mas tem um problema lá e **você tem que parar pra resolver**. O bom é que tivesse um pra cada função um gerente e um pra assistência. Agora assim, **quando eu termino de atender, todos os dias nos meus intervalos**, porque tem dia que demora mais, tem dia que o atendimento é mais light e tem dia que vem todo mundo que ta marcado, mas tem dia que eles resolvem faltar todos de vez, né, assim, vem metade, então assim, **nos meus intervalos** eu vou agilizando as minhas coisas até para não ta acumulando serviço (Inf. 4 / grupo II).

[...] na unidade [...] a gente não gosta de trabalhar com nada ditatório. “Você tem que fazer isso de manhã isso de tarde”, não. Porque assim fica uma coisa muito programada, muito como se fosse um robô pra fazer as coisas, não. [...] **Eu vou fazendo quando as coisas surgem, eu vou fazendo, né.** [...] Aqui se você olhar na minha semana típica **eu não tenho um dia para administrativo** [...] **Todos os dias eu estou na gerência** além de tá na assistência porque eu atendo e **no final no atendimento** eu vou organizar eu venho pra parte de gerência. Eu acho que é muita perda de tempo eu pegar um turno meu. [...] Então se eu terminei de atender tenho **meia hora, quarenta minutos**, tenho muito tempo para fazer uma parte de gerência. Eu acho que assim, **um turno só pra administrativo, só para gerência é muita perda de tempo**, sendo que a gente podia estar fazendo um atendimento, uma visita. O meu tempo de gerência eu mudei para visita domiciliar que eu acho muito importante. E aí gerência eu disseminou nesse estilo. [...] Porque como é que eu vou cuidar da gerência, vou cuidar de uma parte estrutural e esquecer a minha população que é quem tá precisando? Como é que eu vou prevenir cadê meu olhar crítico Saúde-doença? Só cuidando da parte administrativa? Eu, eu particularmente **me dedico mais à assistência** (Inf. 5 / grupo II).

[...] **não deixo dia específico** porque **tem coisas que aparecem na hora** que eu tô fazendo assistência, que a gente não pode deixar pra depois, né então não tem como. Tem horas que a gente precisa, eu fico mais tempo na assistência lógico, mas a gerência faz parte porque tem hora que a gente tá assistindo um paciente e aí a gente **tem que levantar pra resolver** coisa daquele paciente, que o gerente poderia resolver, se fosse uma outra pessoa que fizesse a gerência claro que aí eu taria com o meu tempo todo livre só pra assistir, né, seria um sonho, é um sonho (Inf. 6/grupo II).

[...] Tem período que a gente tá mais sobrecarregado, pedido de material, pedido de medicamento, fechar mapa da bolsa, períodos do mês, que às vezes eu penso assim ‘poxa deveria ter dois enfermeiros, um pra assistência e outro pra gerência, porque às vezes sobrecarrega’. A gente se sobrecarrega porque a gerência também pesa um pouquinho, mas não tem como ser mais gerência do que assistência por causa da demanda e por causa de todos os programas que a gente atende. Então é mais assistência e **no finalzinho do turno** a gente pega pra está fazendo uma coisa ou outra. **Não tem um turno pra gerência.** Eu tenho a semana típica toda fechada, **é o finalzinho de atendimento** [...] (Inf. 11 / grupo II).

As falas nos revelam que o tempo maior do trabalho da enfermeira no PSF é dedicado à assistência. O estudo de Nascimento (2003) já demonstrava isto em Jequié, ficando a gerência para o término do atendimento, nos intervalos entre as consultas, no finalzinho do período, à medida que as coisas vão acontecendo. Não há um dia específico para a gerência, pois as coisas aparecem na hora e não podem ser deixadas para depois. Às vezes até na assistência é preciso parar para resolver questões gerenciais relacionadas àquele mesmo paciente que está sendo atendido.

A informante 5 diz que é uma perda de tempo um turno para atividades administrativas, sendo que poderia estar sendo utilizado para atendimento. Não há um espaço definido para a prática gerencial no PSF, exceto a reunião de equipe. A localização da gerência é vista de forma secundária à assistência.

A informante 11 fala da sobrecarga em alguns períodos do mês devido à pedidos, mapas. Um conflito e uma contradição: o ter que fazer, sem ter quando em Saúde da Família,

visto que, se sobrecarregou, é porque tem tarefa demais a ser executada em pouco espaço de tempo. Sugere-se nas falas a presença de “um gerente”. Alguém que pudesse estar desempenhando este papel que não a enfermeira.

Quando a enfermeira chega à unidade já tem uma demanda agendada [oferta organizada] e só depois do atendimento, normalmente, ela se envolve em atividades gerenciais, da metade da manhã ou da tarde até o final do expediente. Por vezes, acontece das ações assistenciais, serem interrompidas por chamados à enfermeira gerente. Acrescenta-se a isto que, os problemas da unidade daquele dia e os permanentes, que já vêm de outros dias e não dependem necessariamente dela para a solução, e, também são colocados durante seu atendimento. Segue a observação 6.

A gerente encontrava-se pela manhã, no momento da observação, com uma **demanda elevada de hipertensos**. Não havia médico na unidade já há algum tempo e todos os “casos” estavam sendo encaminhados para a enfermeira/gerente. A unidade apresentava-se com pouca iluminação e precárias condições de conservação. Não havia odontólogo também no momento. Era dia de sexta-feira pela manhã e o agendamento havia sido feito de forma errada, de modo que houve um acúmulo de dois grupos de hipertensos. A enfermeira/gerente estava ansiosa e aflita, pois tinha que **programar a reunião de equipe que acontece todas as sextas-feiras à tarde, sob a sua condução**. Não parecia haver uma organização clara das tarefas e a gerente demonstrava estar com **muitas ocupações ao mesmo tempo**. Um clima não amistoso entre os trabalhadores de nível médio. Parecia que tudo poderia ser feito depois. O pessoal de apoio, de nível médio encontrava-se disperso e alguns usuários aguardavam informações. Uma funcionária veio para a recepção de cabeça baixa e procurando localizar algo em um papel que trazia nas mãos. Uma mãe trouxe uma criança e perguntou se tinha como a sua filha ser atendida, pois havia “queimado de febre” durante a noite. A trabalhadora de saúde disse que aquela não era hora de triagem, já havia encerrado, que ela retornasse outro dia mais cedo para vê se tinha como encaixá-la. Mas também não ia garantir porque a unidade estava sem médico. A mãe perguntou se a enfermeira não poderia “olhar” a sua criança ao que a funcionária respondeu que ela esperasse ali perto da porta da enfermeira e falasse diretamente com ela. Havia muitos pacientes aguardando e a mãe em desespero aguardava a oportunidade para falar com a enfermeira. Entre um paciente e outro a mãe conseguiu falar com a enfermeira que mesmo com muitos atendimentos, pediu que esperasse até o final que ela ia ver o que poderia ser feito. Havia muita gente na recepção aguardando atendimento e a enfermeira pedia que, por favor, as pessoas fizessem silêncio, pois ela não estava conseguindo atender com tanto barulho na recepção. Havia muito grito e gente, muita gente. **O telefone tocava e a gerente nem tinha condição de atender, devido à demanda**. Era da própria secretaria solicitando resposta de um ofício que a mesma tinha um prazo para devolver ao departamento. **As questões gerenciais só foram providenciadas após o término de todo o atendimento**. A equipe não se envolveu muito com as questões que a gerente tinha para agilizar. Foi possível observar semana típica exposta na parede de enfermeiro e médico, embora a unidade estivesse sem este último profissional (Obs. 6).

A observação nos mostrou uma sobrecarga no turno de trabalho da enfermeira, sem alternativas para minimizar os problemas: muitos usuários a serem atendidos, ausência de médico e odontólogo na unidade, indiferença da equipe, diante da sobrecarga da enfermeira

gerente. Havia atividade assistencial e gerencial a serem realizadas, mas no momento da observação, foram priorizadas as relacionadas ao atendimento, dada a lotação da Unidade e a ansiedade dos usuários.

Alguns relatos trazem a necessidade da utilização de um tempo extra para a gerência e complementam a idéia supracitada; falam da insatisfação do usuário que não percebe a enfermeira como gerente, e sim, desejam o atendimento; e, o enfraquecimento de uma dessas duas funções por serem desempenhadas juntas. Segue as falas 10 e 12.

Assim, infelizmente aqui a gente se dedica mais a assistência, porque como a gente atende os programas todos os dias, então quando a gente chega, eu só tenho **tempo pra gerência depois que eu acabo o atendimento**. [...] **A gerência é contínua, é o dia-a-dia**; ela vai acontecendo, eu tô aqui, realmente pode ta acontecendo problema lá fora, eu terminei meu atendimento aí eu vou lá pra fora vê [...]. É aquela coisa que **vai surgindo então gerência é o tempo todo**, ta diluída na assistência. Agora, infelizmente a gente se dedica mais a assistência porque como tem o programa a gente já chega direto pra atender. Não tem como ir pra gerência pra depois vim porque **as pessoas não entendem isso**, entendeu? Eles acham assim, que se eu parar pra ficar ali na frente ou entrar pra vê alguma outra coisa e não atender, eles começam a reclamar aí fora, o pessoal quando chega pro atendimento eles querem ser logo atendidos, e como eu sei disso **eu prefiro atender logo pra satisfazer eles**, liberar e depois ir pra gerência (Inf. 10 / grupo II).

Eu **faço gerência em todos os dias da semana**. Assim, **depois que eu termino o atendimento** aí eu vou fazer as CI's [COMUNICAÇÃO INTERNA] que eu necessito né [...]. Eu acredito que hoje a minha maior atividade é a assistência, né pelo número de agente de saúde, pelo número de pessoas que eu atendo, mas assim, o tempo, se você for me perguntar o tempo que eu gasto? **Eu gasto o tempo do meu almoço todos os dias**, que a gente almoça aqui, pra ta fazendo as questões de gerência **se não também eu não dou conta** (Inf. 12 / grupo II).

Todos os relatos apontam para uma predominância das atividades assistenciais sobre as gerenciais. De fato, assim deve ser para a enfermeira, entretanto, alguns estudos, revelam o contrário. Mostram uma predominância das atividades gerenciais sobre as assistenciais, principalmente na área hospitalar (DANTAS; TAHARA; FERREIRA, 2001; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Trazemos esta peculiaridade no PSF, que caracteriza o processo de trabalho da enfermeira e o diferencia de outros campos de atuação desta profissional. Em Saúde da Família a enfermeira é encontrada mais próxima da assistência, diferente do que no hospital. Uma assistência direta sim, mas feita em consultório ou espaços domiciliares e comunitários, com o mínimo de procedimentos de enfermagem. Uma assistência muito mais próxima de uma gerência do que da assistência.

Enquanto desenvolve a assistência, a enfermeira é a gerente, domina o funcionamento da unidade dentro e fora do consultório. Quando ela sai do atendimento, é gerente também, se envolve, resolve uma série de demandas que a aguardam. Sabe do que falta e do que é

necessário para a assistência que ela mesma e os demais membros da equipe executam. A gerência perpassa pelo atendimento da enfermeira e vice-versa.

A gerência existe o tempo todo, mas algumas equipes conseguem deixar um horário para a gerência conforme encontramos nas falas 7 e 9 divergindo das demais.

[...]. **A assistência toma um tempo maior**, né, tem a questão de visitas domiciliares, mas assim, dentro do possível a gente tá sempre atuando nos dois, o tempo maior é dedicado à assistência [...] inclusive assim, a gente tem um turno, **esse turno de quarta-feira à tarde**, é um turno que não tem agendamento pra assistência então é mais assim a parte educativa com as reuniões, inclusive a parte de gerenciamento é na **sexta-feira nas reuniões também a tarde** que a gente tá intensificando na parte de gerenciamento e no **dia-a-dia**, porque assim, **a gente tá atendendo, surgiu uma coisa assim pra resolver a gente tem que dá a prioridade também**, mesmo se tiver fazendo a assistência, por isso eu acho assim que **sobrecarrega o enfermeiro** [...] mas dá pra conciliar [...] (Inf. 7 / grupo II).

Lógico que, não tem essa divisão claramente, mas no processo pensante de gerência geralmente é **um processo à tarde** porque o nível de atendimento, a quantidade em si diminui, então é o momento que você tem na unidade para **observar a farmácia, observar curativo, e pela manhã também dá pra se fazer isso, mas de forma mais superficial**, não é? Devido a grande demanda e de resolução, já que você retorna os atendimentos de enfermagem que acontecem todos os dias, mas entre dois ou três pacientes você tem como **sair e resolver alguma questão**, porque em questão de urgência aqui a gente não dá pra esperar, então se eu to atendendo um hipertenso, por exemplo, e chegar um paciente grave, a gente deixa aqui e vai interagir com a equipe, com auxiliar, com o médico pra tentar, da melhor forma, resolver e localizar o transporte se não tá, o transporte no momento tem que conseguir outro, ou seja, **resolver em si** o caso (Inf. 9 / grupo II).

Enquanto alguns gerentes desenvolvem suas atividades quando as demandas surgem, outros estabelecem horários e turnos, à tarde, ou na quarta-feira ou na sexta-feira de reunião para “organizar” melhor o serviço. Identificamos situações atípicas, mais uma vez, como no caso das Unidades de zona rural, nas quais os membros das famílias vêm juntos para o atendimento pela dificuldade de transporte, pelas distâncias, e, o atendimento é bastante irregular necessitando de certa flexibilidade pela gerente ao organizar o serviço ao olhar para e pela clientela.

Deixar um turno para a gerência é uma tentativa de organização do trabalho dado o número de atividades que serão desenvolvidas. Consideramos a subjetividade existente na prática gerencial e a dificuldade para seu desenvolvimento em horários e turnos pré-determinados, além disso, os imprevistos na própria unidade e advindos da SMS, que não ocorrerão sempre naquele turno destinado à gerência.

O turno da manhã, normalmente é mais movimentado com a assistência, sendo possível, em alguns casos, priorizar ações de caráter gerencial no turno da tarde. Mais uma vez, vemos uma singularidade em Saúde da Família e dizemos que a gerência tem sido feita

intercalada com a assistência e nos momentos possíveis dentro do processo de trabalho da enfermeira.

Além da finalidade e do tempo disponível para a gerência, buscamos conhecer os agentes envolvidos na prática gerencial. Para Peduzzi e Schraiber (2009), o agente do trabalho é aquele que se posiciona entre o objeto e os instrumentos, dando finalidade ao trabalho e possibilitando a configuração do produto final almejado. É pela presença e ação do agente que o processo de trabalho acontece. Quanto aos agentes envolvidos, observamos situações distintas em Jequié. Uma em que há um trabalho sugestivo em equipe com tarefas partilhadas entre seus membros, incluindo os ACS; outra em que todos os membros estão inseridos, exceto os ACS, e; ainda outra, em que, o agente envolvido na gerência é apenas a enfermeira gerente. São convergentes à primeira situação descrita as falas dos informantes 4, 6, 7 e 13.

Eu acho que assim, **tem que ter alguém no caso pra tá direcionando as coisas**, mas, [...] na unidade é tudo muito democrático. Aqui tudo a gente define em reunião com a equipe e o que a maioria decidir é o que acaba sendo acatado. Então assim, **eu sou a pessoa no caso responsável tudo vai ta direcionado a mim em questão de título**, entendeu? Então eu tenho a nomenclatura de gerente, mas **eu não me considero gerente sozinha**. Porque assim, X [AGENTE ADMINISTRATIVA] é a gerente da farmácia. É, Y [OFICIAL ADMINISTRATIVA] da recepção. Então, Z mais W [TÉCNICAS DE ENFERMAGEM] são as que estão gerenciando a sala de vacina, **a gente como coordenador tem a visão ampla do todo** (Inf. 04 / grupo II).

As auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários de saúde, a auxiliar de serviços de odontologia, o médico, a odontóloga, o oficial administrativo, o agente administrativo, toda a equipe. (Inf. 06 / grupo II).

A **equipe participa**, participa a equipe é muito assim, **chega junto sabe**, precisou ta ali, agora assim, **é o profissional de nível superior acaba puxando um pouco mais pra o enfermeiro. Porque é uma equipe, não é um enfermeiro que atua**, não só eu só, apesar de ser gerente, a enfermeira responsável como coordenadora, mas não sou eu só a responsável, pelo desenvolvimento. **Toda a equipe, de agente comunitário, entendeu, ao profissional médico** (Inf. 07 / grupo II).

Eu sou da coordenação entre aspas, mas **a coordenação aqui é um pouco dividida**. [...] Tudo que diz respeito à odontologia o odontólogo ele vai fazer, vai pedir, [...] ele tenta resolver, caso não resolva ele traz o ofício prontinho, bonitinho e eu vou assinar. Tudo que é de ofício, de técnicos são com as técnicas de enfermagem. Tudo que é de medicação aí sim, toda ordem de pedido de medicação sou eu que faço junto com a agente administrativo, mas a responsabilidade dela é fiscalizar a parte, se chegou se não chegou, porque não chegou, **então acabou os limites, aí sim eu vou tentar é juntos. Então essa gerência fica dividida**. A gerência pra mim fica mais aquela parte de **planejamento, de controlar folga, de controlar férias**. De um **funcionário que ta ultimamente causando problemas**, aí é que fica mais especificamente comigo. Faço **planejamento da equipe e planejo com a equipe**. [...] Quando faz a programação anual já tem no final o dia da avaliação do ano e a programação do ano que vem. [...] **É uma forma até de deixar a equipe mais coesa**. Na verdade, eles não vêm como parte da gerência, tem no mural ali coordenação, divisão de coordenação, mas assim, faz, mas não faz com aquela responsabilidade, porque de certa forma não responde, **e nem todo mundo ta preparado ainda pra realizar determinadas funções quando não é 100% cobrado** (Inf. 13 / grupo II).

Informante 1, do grupo de gestores, também considera esta participação e complementa afirmando.

Todos os membros devem participar incluindo os agentes comunitários, que eles estão mais assim é tão mais na comunidade, tão mais presentes na comunidade, [...] então assim, às vezes a realidade da comunidade não é a realidade que é pensada pelo gerente, então ele tem que trabalhar em cima das condições daquela comunidade, então o **processo de trabalho vai ser em cima da comunidade mesmo**, [...] mas a integração da equipe, né conta muito pra isso [...] (Inf. 1/grupo I).

Os agentes envolvidos são apontados como ‘todos’ os membros da equipe, inclusive os ACS, por estarem mais ligados à área e conhecerem os problemas e as necessidades da comunidade. A inclusão do ACS diverge do que pontua a portaria de nº. 648/2006 que não considera este trabalhador nas ações de cunho gerencial (BRASIL, 2006a). Conforme a fala da informante 01 eles favorecem o desenvolvimento de um trabalho gerencial pautado nas necessidades da comunidade, dado o conhecimento que possuem sobre a área.

Weirich et. al. (2009, p. 250) diz que a gerência deve ser entendida como “atribuição dos dirigentes, trabalhadores e usuários na perspectiva de construção de um projeto que atenda às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade num processo cotidiano como proposta de mudança”. Concordamos então, com a idéia de atender às necessidades de saúde local, e, ainda que os agentes de saúde não estejam diretamente envolvidos com a gerência, o seu conhecimento da área poderá sim colaborar para o (re) conhecimento das demandas de saúde da área de abrangência.

Desde que, acreditamos na participação do usuário, porque não na participação dos ACS, com tanto que seja uma gerência pensada, partilhada e bem organizada para que aconteça de forma a contento.

Todos têm condição, dentro do seu campo de saber e de prática, de contribuir com o processo de trabalho gerencial, para a construção de uma proposta de atenção integral, embora, acreditamos que, as equipes precisam ser bem mais preparadas para um trabalho gerencial coletivo. Ainda na formação dos trabalhadores, como sugere Campos (2007) devem ser construídos dispositivos que favoreçam o desenvolvimento da capacidade de instituir compromissos, partindo do princípio de que ninguém governa sozinho.

Percebemos uma gerência como que participativa, na fala da informante 4, quando diz que, cada trabalhador, em seu espaço de trabalho é gerente do setor (as técnicas de enfermagem para resolver as questões relacionadas ao seu trabalho, o oficial e o agente administrativo as administrativas, o odontólogo da odontologia, e assim por diante) e a

gerente tem a visão do todo. A gerente dá a direção. O que vemos é um compartilhar de atividades e não de responsabilidades.

A gerente, em uma organização democrática, nas palavras de Campos (2007, p. 163) é “mais um maestro de que um general”. Alguém que lidera com desempenho racional-legal e carisma, exercendo grau de aglutinação e de coesão capaz de inserir o outro no processo de trabalho gerencial, a ponto de não ser apenas uma simples divisão de tarefas, e sim, uma partilha com compromisso e co-responsabilização.

Miranda (2007, p. 86) complementa dizendo que o gerente “que trabalha sozinho não estimula a aderência e o compromisso de seus subordinados”. O compromisso de todos e a co-participação estabelece sentidos e significados individuais ao trabalho. Envolver a equipe na gerência deixa-a mais coesa.

Nessa abordagem vista em Jequié, a gerente ficaria somente para situações que estão além dos limites, problemas de funcionários, pedido de medicação, planejamento. Assim, toda equipe participa do processo de trabalho gerencial, do ACS ao médico, numa tentativa de dissolver o trabalho e proporcionar harmonia na equipe. Nota-se que, esta forma de atuação não é algo designado pela gestão, e sim uma organização interna, entre os membros da equipe. O que é visto de fato é: quem é “cobrado” é a gerente; isto fragiliza o compromisso dos membros da equipe com a gerência. Em campo, encontramos realidades que demonstram organização na equipe que esboçam uma gerência partilhada como descrito na observação 9.

Na unidade foi possível observar várias **escalas no mural**, com **divisão de tarefas bem claras** que envolvem **todos os membros da equipe**, para diversas atividades: escala de ACS para arrumação do arquivo, calendário de medicação de acamados, calendário de solicitação de pedidos, calendário de reunião de CLS, escala de reunião com ACS, calendário de entrega de produtividade. Tudo com certa **organização prévia**, não aparentam improvisos e descuidos. Atividades educativas, salas de espera, organização, reunião. A enfermeira/gerente atende HIPERDIA e tem algumas pessoas de planejamento familiar aguardando enquanto as técnicas de enfermagem encontram-se na recepção conversando entre si. Ambiente limpo e silencioso. A agente administrativa liga a TV. A enfermeira/gerente sai do atendimento e vem na recepção resolver alguma coisa de agendamento. Os usuários chegam o tempo todo para obter informações e são atendidos por quem estiver ali no momento. Todos respondem à solicitação do usuário. Há um ambiente de **normas e padronização**, onde todos buscam falar a mesma língua. A unidade é bem equipada e conservada. Não foi visto médico na unidade, mas odontólogo sim, que também possui **escalas e organização em seu trabalho**. O odontólogo fez questão de mostrar a unidade e os trabalhos que vem sendo desenvolvidos por meio de atividades educativas. Toda a demanda que chegou foi atendida independente do horário. Após o atendimento a enfermeira/gerente tem alguns ofícios para assinar e questões a resolver com relação à medicação (Obs. 9).

A atitude de parcelar o trabalho da gerência na USF parte da própria enfermeira gerente, que proporciona acordos com sua equipe para que todos se sintam participantes no

andamento satisfatório dos trabalhos. Esta é uma necessidade do novo modelo de atenção que se deseja implementar, com modos mais flexíveis de atuação e com o processo decisório compartilhado com membros da equipe (ALVES, 2009).

Para uma gerência partilhada, faz-se necessário a construção de espaços de poder compartilhado, e isto, para Campos (2007) é um sinal da presença da democracia no ambiente de trabalho. É um espaço coletivo, no qual o acesso à informações, tomar parte das discussões e nas decisões é comum a todos os membros da equipe. Encontramos vestígios dessa democracia no processo de trabalho gerencial em algumas equipes, mas não identificamos esta democracia como uma filosofia institucional, ela acontece aonde é possível e a depender dos envolvidos, ou seja, a permissão da própria equipe e da gerente.

De forma divergente, há a gerência desenvolvida por todos os atores da equipe, exceto os ACS, considerando que estes devem estar imbuídos do trabalho extra-muro, na microárea, como identificamos na fala da informante 5.

[...] **Se a unidade não estiver englobada não adianta.** Porque assim, eu sozinha, ô meu Deus, **se eu fosse trabalhar sozinha, não vai pra frente mesmo.** [...] Então aqui, eu designei algumas, não que assim, eu falei daquela ditadura, de falar assim: ‘você faz isso, você faz aquilo’, não. **Aqui na unidade cada um faz um pouquinho de tudo.** Então eu fico mais despreocupada, porque quando eu to no atendimento **sempre tem alguém na gerência pra mim.** Eles conseguem resolver. Então aqui, **eu consegui desarticular a gerência de mim.** Eu respondo como gerente, claro que eles sempre me informam o que é que tem que fazer, qual o processo, que alguém telefonou, que isso quebrou. **Sempre se torna pra mim porque eu sou gerente.** Mas aqui **eu descentralizei a gerência.** A gente consegue fazer com que a unidade tenha um andamento bom porque **cada um é um pouquinho de gerente [...]. A equipe como um todo.** Todos, todos. Assim, **os agentes comunitários eles ficam mais afastados,** porque agente, né eu gosto que eles deixam assim mais a área pra poder me subsidiar aqui nesse sentimento aqui na unidade. Mas na unidade como um todo, né [...] **os principais mesmos são a médica e o odontólogo.** [...] Então assim, quando um não está na gerência, o outro sempre tá. Sempre tá. **Apesar que toda unidade também vai na gerência. Mas eles dois são mais ativo** (Inf. 5/grupo II).

Há na fala alusão a uma gerência descentralizada, na qual “cada um faz um pouquinho de tudo”. Ligados à gerente, mas “cada um é um pouquinho de gerente”, conseguem resolver e substituí-la, quando esta se encontra no atendimento. Percebe-se, mais uma vez, a descentralização de atribuição, mas não da responsabilidade. Quem responde pela equipe, continua sendo a gerente. Todos estão envolvidos, exceto os ACS, que devem estar na sua microárea subsidiando o trabalho da equipe interna da unidade.

Como a participação na gerência não é uníssona em Jequié, as equipes têm procurado se organizar do modo como consideram mais viável. O momento identificado para esta organização é a reunião semanal, na qual todos os membros participam e têm direito a opinar

e discutir a pauta. Dentre as unidades pesquisadas, duas apenas mantêm, além da reunião semanal, outra reunião só com os ACS. Nessa feita, a enfermeira desempenha papel de instrutora/supervisora desenvolvendo ações voltadas exclusivamente com os ACS. Observamos uma dessas reuniões e pudemos identificar alguns aspectos da prática gerencial da enfermeira na condução da reunião como instrutora/supervisora.

Era reunião com os ACS, treinamento e algumas informações. A sala utilizada era da própria unidade e ficava situada em anexo aos consultórios e recepção. As agentes de saúde estavam sentadas em semicírculo e a enfermeira/supervisora/gerente encontrava-se em uma cadeira centralizada adiante do semicírculo. Havia uma programação pré-estabelecida dentro de um **planejamento elaborado pela enfermeira/supervisora/gerente**. A mesma deu início à reunião e **tratou dos objetivos estabelecidos**. Todos podiam falar e se expressar, embora alguns fizessem isso mais que outros. A convivência pareceu bem harmoniosa no grupo e havia uma esperança na instrutora/supervisora como se algo de bom pudesse acontecer mesmo diante de algumas dificuldades que o grupo vinha enfrentando (Obs. 5).

Como pudemos perceber, há uma abertura e uma necessidade da gerência compartilhada no PSF. Entretanto, os membros da equipe ainda não estão preparados para essa participação. Nem a enfermeira para dividir efetivamente, nem os trabalhadores para contribuir. Tratar da inclusão ou não dos ACS é ainda motivo de muita discussão acerca da temática e grande desafio a ser enfrentado pela ESF.

Ainda assim, o discurso e o posicionamento das gerentes já demonstram uma vontade de trabalhar em equipe, o desejo de construir juntos, o processo de trabalho, que repercutirá na atuação dos próprios membros da equipe e na comunidade. Estando envolvidos e co-responsáveis, sentir-se-ão colaboradores e o trabalho tenderá a corresponder ao previsto em Saúde da Família. Ainda como resposta divergente da participação de todos na gerência, a informante 10 afirma que esta não é definida, e por esse motivo, há aqueles que participam e aqueles que não.

Não existe assim claro, tem funcionários aqui **tem os que ajudam e tem os que não**, tem algumas pessoas que ta assim sempre envolvidos, que a gerência você não trabalha só, e nem no PSF [...]. **Aqui a gente trabalha realmente em equipe, só que tem as pessoas que ajudam mais e as pessoas que ajudam menos**, então tem essa pessoa que ta em recepção, entendeu? Recepcionista, ela que ta vendo as coisas mais lá fora, como eu tô aqui às vezes na assistência, [...] Então, ela avisa ‘olha, tem isso, chegou isso, aconteceu isso’. Às vezes ela ajuda ‘Ó, já vou iniciando aqui uma CI’, entendeu?! Já vai também facilitando, ta entendendo? É, **tem pessoal administrativo**, tem uma auxiliar também que é ótima, [...] que parece que quando eu to sonhando com uma coisa ela já vem, [...] (Inf. 10 / grupo, II).

O “não existir assim claro” leva-nos a entender que não existe ainda, uma política de gerência participativa instituída. Quando outro trabalhador, membro da equipe, chega a

contribuir na gerência, isto é chamado de “ajuda”. Ou seja, ele não está inserido. Ele pode “ajudar” por consideração ou amizade à gerente, ou até por saber fazer, dominar algumas habilidades, mas não como parte de um processo decisório e organizativo da unidade. Só que não basta a equipe e a gerente desejar, deve partir da gestão também a implementação de uma gerência para que haja o envolvimento dos atores, sem parecer um peso, uma atividade a mais, ou algo, como se não fosse nada “a ver comigo” e de agora em diante, “passou a ser da minha responsabilidade”.

Há uma relação de poder estabelecida entre a gerente e sua equipe de trabalho. Estando hierarquicamente superior aos demais, poder ajudá-la é algo favorável ao que está sob o seu “controle”, pode garantir-lhe vantagens, concessões, amizade e parcerias. Alguém que advinha os sonhos da gerente é bem-vindo em uma equipe de saúde, ainda que não esteja necessariamente participando da gerência. Ele está ali e “ajuda” a gerente. É um parceiro, um colaborador, alguém com quem a gerente pode contar.

Mas, por outro lado, a não co-responsabilização também pode gerar o contrário, por não estarem ali como co-responsáveis, os membros da equipe podem cumprir seu “papel” (reconhecidos como suas atribuições) e irem embora com a sensação do dever cumprido, já que não foram incluídos para nada mais, além das suas ditas atribuições.

Concordamos com o estudo de Miranda (2007, p. 106) e ressaltamos o que diz sobre a participação de outros agentes, que “só conseguimos valorizar um trabalho se contribuimos para a sua realização, se nossas opiniões forem ouvidas”. Por isso, ele aponta a importância de incentivar a participação da equipe e da população nas decisões em relação à saúde local, de forma que as necessidades de saúde sejam priorizadas.

Entretanto, logo adiante ela diz que, a gerente não pode em qualquer situação reunir-se com os funcionários para buscar a solução. Se assim o for, pode aparentar inoperância no processo e gerar um descrédito por parte dos próprios membros da equipe e população. Também a espera pode resultar em conseqüências negativas para a unidade. O fato de a gerente ter que decidir, algumas vezes, não significa centralização de poder.

Mesmo que a gerente diga que ninguém gerencia sozinho e que as decisões não são tomadas por ele só [Informante 11], não é perceptível em Jequié uma uniformidade ou organização no processo de trabalho gerencial que o conceitue como compartilhado. Na mesma fala, a gerente percebe sua atuação como para “dar aquele controle maior de fiscalização” e de “organização” e “aquela puxadinha de orelha”. São ações do dia-a-dia da gerente e que de fato, ela não desempenha em comum acordo com sua equipe, mas sim sobre ela.

Devemos deixar claro o entendimento entre tomada de decisão e co-responsabilização. Porque, participar dando opiniões em reunião, isto é comum no PSF, e, foi identificado no estudo, colaborando no processo de decisão, em alguns momentos da equipe. Mas, ser agente no processo de trabalho gerencial é mais do que isso. É estar comprometido com os resultados, com o produto final, e isto, somente a enfermeira, na maioria das vezes. Os informantes 8, 9, 11 e 12 falam que não há outros agentes envolvidos na gerência, apenas indiretamente, a gerência, no que diz respeito à decisão, principalmente, é feita apenas pela gerente no PSF, divergem das falas anteriores.

Não há outros agentes envolvidos. Participa assim, por exemplo, tudo o que é escolhido aqui, eles **participam indiretamente**, entendeu? Tudo o que é discutido, tudo o que é pra ser feito, é feito dentro de uma reunião com a participação de todos inclusive do agente comunitário, reunião de equipe, e eu não chego assim digo assim, “vai ser assim”, não. Sabe, “vamos estudar o que é melhor como é que dá pra gente fazer isso aqui”, disso aí a gente toma a decisão, então é uma gerência participativa, né, todos participam, todos, todos participam das decisões, [...] **agora a palavra final, né o conceito final, o fechamento é o gerente** (Inf. 8 / grupo II).

Envolvido propriamente dito, digamos com compartilhar a gerência não tem. Tem os profissionais que contribui de forma mais incisiva né, nós temos o que o **agente administrativo** que dá uma segurada nas requisições dos exames, pedido de material, tem o outro pessoal também que a gente solicita para dar uma olhada no material, o que ta precisando o que não ta precisando, tem as dicas também a **contribuição do médico**, né, as discussões o que ta dando certo e o que não tá dando certo, o que pode melhorar nesse processo de diálogo, do próprio **odontólogo** também que faz um trabalho muito bom a nível de prevenção, a nível de escola, a nível de comunidade distante, técnica de escovação, faz um processo de triagem e encaminha essas crianças já agendadas pra unidade, não é? **Então a gente tem uma contribuição dos ACS**, né, muitos, não são todos, assim que diga 90% 100%, mas no geral todos os profissionais, os agentes comunitários todos são responsáveis com suas atividades; **temos a técnica, temos a auxiliar de enfermagem, a ACD**, todo um pessoal que a gente trabalha de forma não diretamente, mas **indiretamente todos contribui. Decisão é com o gerente, é gerente** [...] (Inf. 9/grupo II).

Aqui funciona com o enfermeiro gerente. O processo de trabalho do enfermeiro pra equipe tudo continua sendo discutido em equipe, reunião semanal, o planejamento das ações todo ano a gente reúne e faz esse planejamento, mas essa visão de **gerente da unidade** é que é assim mais **estabelecida**. Mesmo que a gente discute, decide em grupo é **definido ‘ele é o gerente’**. [...] É como eu coloquei no primeiro ponto, essa prática mudou. É gradual, vem mudando. Eu comecei o PSF compartilhando com o médico, essa finalidade de está puxando, de tá tendo iniciativa, de ser mais responsável, de ser co-responsável, mas vem mudando gradualmente, ou seja, **essa função vem sendo cada vez mais sua, mas centralizada** (Inf. 11 / grupo II).

Só o gerente, porque assim, **depende de mim pra tá cobrando** dos setores da administração, o conserto do autoclave, o conserto do teto, que às vezes tem problemas de vazamento, da farmácia, entendeu? **Então assim, depende de mim**, porque se eu não estiver à frente as outras pessoas da equipe não vão estar porque elas também não estão nessa parte de coordenação. Como eu sou estou coordenadora acaba que eu **se eu não tomar a frente, a coisa vai ficar sem resolver** (Inf. 12 / grupo, II).

Há um discurso de gerência participativa, mas uma prática gerencial e deliberativa centralizada na gerente. Todos pontuam a participação dos membros da equipe, mas em seguida falam que a palavra final é da gerente. As falas convergem entre si para uma gerência feita de forma centralizada, evidenciada na execução cada vez maior, ao ponto de, se a gerente “não tomar a frente, a coisa vai ficar sem resolver”, o “conceito final, o fechamento e a decisão é com a gerente”.

Complementa esta prerrogativa a fala do informante 3, concordando com a centralização do papel gerencial, alegando que, a sua divisão pode tornar o processo complicado, no que diz respeito à comunicação entre os membros da equipe, e desta, com os setores da secretaria. A quem os setores iriam se reportar diante de uma gerência partilhada?

Eu acho que qualquer espaço tem que ter **alguém responsável por ele**. Quando você divide as responsabilidades, claro que quando você divide você soma tudo bem, mas **vai ficar complicado até pra os gestores**, porque você sabe, nós temos na nossa estrutura [...] a coordenação da atenção primária, que é quem acompanha essas equipes, nós temos a direção de departamento, nós temos o próprio gestor do SUS, que tem alguém que ele precisa se reportar. Então, **quando você dividir dentro de uma unidade vai ficar confuso pra equipe e vai ficar confuso para os gestores que estão lá na sede, lá na área administrativa**. Recursos humanos vai ter dificuldade: ‘a quem eu vou me reportar?’ ‘Eu vou mandar um ofício para quem sobre determinado assunto?’ Então, teria que ser muito bem estruturado, muito bem elaborado pra dividir essas tarefas, **eu acho que o melhor caminho é ter realmente o gerente da unidade, separado daquele que está exercendo a assistência** (Inf. 03 / grupo I).

A gerência partilhada não foi pensada ou discutida. As experiências que esboçam esse tipo de gerência partem da iniciativa de seus próprios gerentes e/ou membros de equipe. A gestão – em nível de Secretaria Municipal de Saúde – se reporta à gerente para se comunicar com a equipe, seja por meio direto (telefone, celular, pessoalmente, reuniões) ou indireto (ofícios, comunicações internas conduzidas pelo *office boy*). A gerente é a referência da equipe.

A gerente representa a SMS na ponta do sistema [olhar da gestão sobre o PSF], então, segundo Fortuna et. al (2002), como representante do nível central da SMS, ela se encarrega de fazer com que a equipe cumpra as ordens, controle faltas e intermedie atritos entre trabalhadores e destes com a população. Assim, sendo a gerência relacionada a um único representante, para a gestão torna-se mais fácil e mais interessante, embora numa perspectiva centralizada e controladora.

O processo de descentralização deveria alcançar as Unidades de saúde e também as equipes multiprofissionais. “A idéia muito rígida de rede hierarquizada tem se constituído em

uma camisa-de-força que tolhe a capacidade de resolver problemas de cada equipe, além de limitar as iniciativas e de diluir as responsabilidades profissionais dos vários segmentos envolvidos no processo de trabalho” (CAMPOS, 1994, p. 121).

Gerenciar a Unidade é uma tarefa de grande responsabilidade, que remete a um maior número de atribuições para quem for executá-la. Se não for bem planejada e estruturada, dará margem a uma execução frágil, que, ainda que descentralizada não trará mudanças efetivas nos modos de operar gestão nos serviços de saúde de forma compatível com a reestruturação do sistema.

É sugerido outro trabalhador que estivesse na Unidade para a gerência. Alguém que se ocuparia dessa interlocução entre equipe-gestores-trabalhadores-usuários e não estivesse envolvido em atividades assistenciais. Essa questão deve ser ainda discutida para a consolidação de algumas necessidades no PSF, para que não corra o risco de substituições e mudanças sem uma implementação que se volte de fato a uma nova forma de organização do serviço.

A gerência media relações, que podem ser conflituosas, ou desejosas e necessárias. Miranda (2007) afirma que atuar em ambiente complexo, com limitações, envolvendo vários atores sociais – gestores, profissionais de saúde e, em contrapartida, políticos em todas as instâncias de governo, com interesses, muitas vezes, divergentes ou distantes população – é um dos maiores desafios do gerente local de saúde.

Ao buscarmos as respostas quanto aos agentes envolvidos no processo de trabalho gerencial, em torno da compreensão da temática, procuramos entender porque há uma centralização e entraves para o(s) agente(s) que executam a gerência. Os informantes falaram da falta de *autonomia* para o desenvolvimento da prática gerencial.

Autonomia refere-se ao grau de independência que o indivíduo tem para planejar e executar o seu trabalho (CHIAVENATO, 2001). Poder atuar com liberdade para a condução do processo e a tomada de decisões. A autonomia encontra-se ausente na prática da gerente, ou parcialmente presente, devido à ligação com a gestão, uma vez que, a gerente vê-se vinculada à SMS, e desta depende, muitas vezes, para a tomada de decisões.

Rezende (2007) explicita em seus estudos que, a gerência se aproxima do exercício do poder técnico e administrativo, mas do exercício do poder político não. Dessa forma, a gerente encontra-se limitada quanto ao processo decisório, tendo o campo de atuação limitado pela intervenção dos níveis hierárquicos. Vimos nas falas dos informantes 4 e 13 que a gerente do PSF não dispõe de autonomia, ou a possui de modo relativo, sendo que, ao mesmo tempo em que se é gerente, não é.

[...] **é complicado ser gerente, porque a gente não tem muita autonomia.** Entendeu? Aqui dentro da unidade **eu tenho autonomia pra tomar algumas decisões**, outras decisões que eu tenho que tomar, eu dependo do que a secretaria me passa. E nem sempre, na maioria das vezes, a gente não tem esse suporte [...] (Inf. 4/grupo II).

[...] **você não tem autonomia**, ao mesmo tempo que você é gerente da Estratégia Saúde da Família, **você não tem autonomia**, isso lhe trava, mesmo a parte interna, por exemplo, se você quiser dar férias a um funcionário, você tem que solicitar de uma outra pessoa e essa outra pessoa pode dizer que não, sendo que você identificou a necessidade, sendo que você sabe da sua real realidade rsrsrs, né isso? E às vezes assim, por exemplo, um técnico quer tirar férias aí não pode, mas aí a diretoria permite e você ainda tem que segurar o pepino **aí lhe tira a autonomia** né, e entre outras coisas, tem um funcionário que tá dando problema sério você aponta, documenta e essa pessoa não é transferida, então [...] **ao mesmo tempo que você é gerente você não é** (Inf. 13 / grupo II).

Campos (1994) fala sobre a autonomia que as equipes de saúde deveriam ter para se organizarem da maneira que julgasse conveniente dentro dos limites gerais da política de saúde vigente. Falaríamos então, de limites e não de ausência de autonomia, pois para o trabalho fluir, as decisões deveriam partir do grupo, juntamente com os usuários que vivenciam a realidade.

Concorda com esta idéia Vanderlei e Almeida (2007) que citam a autonomia como necessária para o trabalho gerencial, considerando que a gerente representa no nível local a consecução das diretrizes políticas de saúde. Sem autonomia o trabalho fica limitado e dependente.

A lógica de uma gerência com autonomia e em equipe já foi pensada a algum tempo por estes e outros estudiosos da temática, e consideramos pertinente ao Saúde da Família. Mas, na conjuntura em que se inserem as USF, com gerentes nomeados por cargos políticos e equipes pouco sensibilizadas para participarem do processo decisório, ainda parece muito distante a construção desse espaço autônomo e coletivo.

Seria muito oportuno, como afirma Campos (1997), conseguir uma combinação entre autonomia profissional e definição de responsabilidades para os trabalhadores, a fim de assegurar qualidade no serviço. Autonomia pressupõe liberdade, mas para que o trabalho não perca a direção, seria necessário que todos os envolvidos desenvolvessem capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros.

Merhy (1999) traz a idéia de que o trabalho de saúde em si, por ser desenvolvido como um trabalho vivo em ato, já determina certa autonomia aos trabalhadores na saúde. É o autogoverno que está presente desde os auxiliares de serviços gerais e agentes de portarias até aos profissionais de nível superior. Na gerência, observa-se um fazer em espaço pré-

determinado, pela estrutura em que esta se encontra. Como se a gerente pudesse “caminhar livremente”, por onde quisesse, mas em um terreno previamente delimitado.

Embora tenhamos relatos de ausência de autonomia, ou de autonomia limitada na gerência do PSF, notamos certa independência gerencial no Programa, considerando uma singularidade no processo de trabalho pela ausência de clareza e definições quanto aos modos de gerenciar. Inclusive, contraditoriamente, a mesma informante (4) que relatou ausência de autonomia em sua prática gerencial, informou que a concede aos membros da equipe em seus espaços de atuação na unidade.

Cada um tem autonomia pra tá e quando tem alguma coisa que tem que mudar é aquela coisa assim [...], como tipo assim, Y, ela ta na recepção **ela é responsável pela questão da marcação**, ela tem **autonomia total** pra ta resolvendo as coisas, quando ela não consegue resolver ela me aciona aí eu entro em contato com quem precisa e a gente tenta resolver. Tem X que ta lá, entendeu? Assim, **eles tem autonomia pra resolverem as coisas dali**, tem coisas quem eles vão até aonde eles podem, quando eles não podem eles me convocam pra tentar, e quando eu não consigo eu vou, recorro a outras pessoas, mais ou menos por aí (Inf. 4/grupo II).

Divergindo dessa fala, a informante 6 relata que quem tem autonomia é a gerente para assinar documentos, frequências, ofícios, os membros da equipe não.

Autonomia é um pouco difícil assim de dizer porque na verdade eles participam da construção, mas por exemplo; **autonomia para assinar um ofício sou eu, autonomia para assinar uma CI sou eu, autonomia para assinar a frequência deles no final do mês sou eu**, né, então, essa parte de **autonomia eles não tem**, agora de opiniões tem autonomia e participa, tem voz e voto (Inf. 6/grupo II).

Nós falamos da singularidade que identificamos na gerência do PSF e Campos (1997), quando tratava da questão clínica já afirmava que “cada caso é um caso”. Trazendo para a gerência esta afirmação, acreditamos sim, que cada unidade é uma unidade; cada gerente é uma gerente; cada experiência vivida por cada uma é nova. Ainda que algumas situações se assemelhem, sempre encontraremos meios diversificados de enfrentamento dos problemas. Por isso que, ainda sob o pensamento de Campos, a autonomia é necessária aos agentes envolvidos para assegurar um trabalho eficaz e resolutivo.

Cada uma tem uma forma de trabalhar, isso pode repercutir nos resultados da gerência como foi pontuada pela informante 3.

[...] a gente observa muito é **a forma de trabalhar de cada um**. Não existe um modelo, né, existem alguns elementos norteadores, mas não tem um modelo específico, então **cada uma gerente tem a sua forma de trabalhar** e muitas vezes a gente pode encontrar alguma dificuldade no resultado, diferente de uma pra outra, por exemplo, talvez até por essa demanda, vamos dizer, no próprio processo de gerenciamento [...] (Inf. 3/grupo 01).

Devemos relembrar a influência dos mecanismos burocráticos de gestão herdados da Escola da Administração que, em sua conformação, não aceita a autonomia nos operários. Coloca a tarefa de administrar pessoas como se elas fossem instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio, além de propor como objetivo explícito, “disciplinar o trabalhador, quebrar-lhe o orgulho, a *autonomia* e a iniciativa crítica” (CAMPOS, 1998, p. 865, grifo nosso).

É como se “domesticar” o trabalhador sem considerar-lhe a subjetividade fosse o suficiente para garantir o sucesso no processo de trabalho. Dar autonomia significa dar poder e, nesta conjuntura burocratizada que, muitas vezes, nos encontramos ligados, não é prática comum repartir poder. Implicaria, nessa lógica, em uma perda de controle do processo e, significaria o enfraquecimento da gestão, um caos na operacionalização do processo de trabalho. A burocracia limita a capacidade de resolver os problemas.

A autonomia está muito próxima de um modelo democrático de gestão. Consideramos que para o seu exercício de forma pluralizada entre os membros da ESF, seria necessária uma reformulação das práticas de gestão e o desenvolvimento de outras habilidades, tais como, saber ouvir, permitir-se a um saber compartilhar a gerência, livrar-se do desconforto do controle e comando.

Poderíamos dizer que uma prática gerencial com autonomia só se efetivaria diante de uma reformulação do próprio trabalho gerencial no PSF, pois autonomia sem o desenvolvimento de uma capacidade organizacional participativa poderia resultar em um desmando e um sem fim de incoerências no serviço.

Fazendo um paralelo entre o processo de trabalho em saúde e as teorias da Escola Clássica da Administração, podemos inferir que estas, aprisionam o trabalho vivo em ato e seccionam a integralidade. Ser gerente no PSF implica em ir de encontro, muitas vezes, ao que tradicional e culturalmente foi estabelecido ao longo do tempo para os serviços de saúde, a fim de alcançar a produção do cuidado em uma perspectiva mais operante e eficaz.

Ainda sobre processo de trabalho, buscamos identificar os instrumentos e estratégias utilizadas na prática gerencial. Os instrumentos de trabalho são meios pelos quais o trabalhador opera uma transformação sobre o objeto para a “produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 321). Os instrumentos ou meios de trabalho também nos foram apresentados na pesquisa refletindo os mecanismos que são estabelecidos nas USF para a execução da gerência.

Merhy (1997) denomina estes instrumentos de “ferramentas”, exemplificando a sua utilização por meio do processo de trabalho do marceneiro, que possui em sua “caixa de

ferramentas”, elementos que possibilitam a transformação da matéria-prima [madeira] em produto final [cadeira, exemplo]. Os instrumentos articulados com a matéria-prima [objeto] e o trabalho em si, dentro de certa organização, geram a realização do projeto final.

Além de pensar no projeto almejado, o trabalhador detém certo “saber tecnológico”; certo modo de “saber fazer”, de modo organizado, para operar o processo de trabalho. O instrumento também foi pensado previamente, de acordo com a necessidade daquilo que se quer. Como é gerado antes do trabalho, diz-se que ele também é fruto de um trabalho. Daí, encontramos também nas falas do mesmo autor os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto (resultante de um trabalho vivo anterior), como constituintes do processo de trabalho.

Os “atos vivos” se estabelecem nas relações e no convívio dos participantes do processo de trabalho. São considerados como não-materiais, por se constituírem em “coisas” não palpáveis. Notamos que, na “caixa de ferramentas” da gerência, há tanto instrumentos não-materiais, como materiais, com predomínio dos primeiros. Os segundos dizem respeito a “coisas” palpáveis, equipamentos visíveis frutos de trabalhos anteriores (trabalho morto).

Dentre os instrumentos/recursos de ordem não-material utilizados na prática gerencial do PSF, encontramos nas falas alguns relacionados a recursos humanos, tais como: a própria equipe de saúde, as capacitações, reuniões com a coordenação, relação secretaria de saúde-equipe, para qual convergem as falas dos informantes 1 e 2.

Seriam os recursos humanos que é a **equipe de saúde** em si [...] a questão das **capacitações** que são oferecidas, [...] então a maioria das **capacitações** são oferecidas pra o gerente enfermeiro, pra ser repassado pro restante da equipe (Inf. 1/grupo I).

Aqui no município a gente tem uma **reunião mensal onde a gente encontra todos**, [...] onde a gente encontra a coordenação, ela passa esse período levantando dados, [...] o que é que tá tendo de não conformidade, de dificuldade, o que é que o próprio gerente que está na ponta tá tendo de dificuldade [...] (Inf. 2/grupo I).

Os informantes falam dos recursos humanos como instrumentos. Podemos dizer então, baseados nos estudos de Peduzzi e Schraiber (2009) que, a equipe [instrumento] está colocada entre o objeto do trabalho [usuário] e os resultados [produto], para a execução da gerência, podendo, por esse motivo, ser vista como agente no processo de trabalho, não apenas por estar na condição de executora, mas pela apropriação do objeto pelo instrumento [humano] no processo de trabalho.

Ainda em Peduzzi e Schraiber (2009), inspirados nos estudos de Mendes-Gonçalves, pontuamos a subjetividade no processo de trabalho que afirma ser o agente confundido com o

próprio instrumento do trabalho e sujeito da ação, trazendo para o interior do processo o projeto prévio, a finalidade, assim como projetos coletivos e pessoais.

A equipe, então, é uma ferramenta de trabalho da gerência. Sua participação é dita como principal recurso no processo de trabalho gerencial e sua presença justifica a construção do trabalho, favorecendo a obtenção dos resultados almejados. Seu mover gera a consolidação das ações da própria unidade, por isso, deve manter boa relação com a gestão, ter grande participação e ser capacitada.

Os instrumentos possibilitam a apreensão do objeto de trabalho. Sendo os recursos humanos apontados como tais, visualizamos a sua inter-relação entre si [a própria equipe de saúde], a comunidade/usuários e a Secretaria de Saúde. Os instrumentos considerados no campo do trabalho vivo em ato capturam o objeto para produzir os bens/produtos (MERHY, 1997).

Há um complexo de relações na gerência, e estas, são consideradas tecnologias *leves*, que se manifestam no contato, nos encontros de subjetividades, na construção dos vínculos, dos acordos, nas sobreposições de papéis no processo de trabalho, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 1999). A gerência trafega pelos caminhos das relações interpessoais que são estabelecidas entre gerentes e gestores, gerentes e usuários e gerente e equipe. São nas relações e por meio delas que a gerência acontece.

Em continuidade, vemos que, segundo Merhy (1997), os instrumentos, por si só, não operam o trabalho, mas a junção de um “saber tecnológico”, com ação da gerente favorece o processo de trabalho na gerência, instrumentaliza-a e permite o relacionamento e interação deste com seus pares. Portanto, é necessário um conhecimento associado ao recurso humano citado. Fala sobre isto o informante 9 e complementa as falas anteriores.

[...] um gerente tem que **conhecer todos** os aspectos físicos e materiais da unidade para você conseguir delegar, ter também um bom **conhecimento de técnicas, saber** como é que se tem que marcar um exame, **saber** como o ACS tem que fazer o seu prontuário, porque se você não tem todo esse **conhecimento** você não tem como ta retificando algumas questões, o processo das auxiliares também você tem que ter **conhecimento**. Acho que o recurso principal no processo de gerência é a **interação entre o coordenador e os demais membros da equipe**, porque por mais que a gente tenha aquele treinamento introdutório, por mais que a unidade trabalhe de **forma coletiva com equipe**, não existem atividades por si só desenvolvida, todos os funcionários vai ta atuando de forma **interagindo**, que um em algum momento vai ter que fazer a atividade do outro [...] (Inf. 9/grupo II).

Há três aspectos relevantes quanto aos instrumentos e estratégias gerenciais. Primeiro é pontuada a necessidade de um domínio sobre os aspectos físicos e materiais da unidade para poder delegar. Segundo, a necessidade do conhecimento acerca do processo de trabalho do

outro, do oficial administrativo, dos ACS e auxiliares (inclusive das técnicas/procedimentos de enfermagem) para poder retificar algumas questões, e por fim, a interação da gerente com demais membros da equipe para contar com eles no desenvolvimento das atividades uns dos outros.

Quando ela diz “conhecer tudo” refere-se a um domínio sobre a estrutura da Unidade. O saber confere poder. Com o conhecimento, a gerente pode “delegar” e ser assim atendida. A fala da informante 9 não traz o conhecimento sobre gerência em si, não revelando nenhuma espécie de norma ou modo de fazer. Traz uma visão administrativa, coerente com uma gerência em que um fala/delega e o outro cumpre/obedece.

Em seguida, fala de conhecer o trabalho do outro, perpetuando a noção adquirida na formação da enfermeira, que em sua atuação como gerente do cuidado, assume a responsabilidade pelo “fazer” dos componentes da equipe. Para exigir o cumprimento da ação, ele deve conhecer a sua execução. Ainda aqui, é uma visão que reflete domínio e comando.

Alves (2007) alia este conhecimento do trabalho do outro, que a enfermeira deve ter, à capacidade de trabalhar em equipe. Ao mesmo tempo em que concordamos com o autor, acreditamos que não seja um fator que deva ser de domínio somente da enfermeira. Já que estamos falando de trabalho em equipe, que todos conheçam o trabalho de todos.

De forma surpreendente, ele traz a idéia de interação do coordenador com a equipe, abordando essa relação na perspectiva de que o coordenador possa contar com todos os trabalhadores nas necessidades da unidade, caso um trabalhador venha a faltar, que o outro o substitua em sua atividade. Nessa visão, a proximidade da gerente com os membros da equipe facilita a obtenção dos resultados.

Em observação de campo, vimos situações nas quais cada membro da equipe encontra um espaço determinado na Unidade e ali permanece, sem manter uma interligação entre os processos de trabalho.

A enfermeira/gerente encontrava-se atendendo alguns poucos usuários. Era por volta das 15h30min quando encerrou o atendimento da clientela. Não havia médico na unidade, até porque ele não atende todos os dias da semana. Não havia odontólogo também, pois aguardava ainda contratação pela secretaria de saúde. Portanto, **toda a assistência centrava-se na figura do enfermeiro/gerente**. O agente administrativo não se envolvia com os usuários que chegavam à unidade estava de cabeça baixa vendo alguma planilha no computador e não observava o movimento da unidade. Cada trabalhador ocupava uma sala da unidade e **não havia entrosamento no grupo no momento da observação**, nem da própria gerente que se **manteve dentro da sala de enfermagem boa parte da tarde** resolvendo papéis e ofícios (Obs. 7).

Na observação a enfermeira estava no centro da assistência (não havia odontólogo e o médico não atende todos os dias da semana). A forma como o agente administrativo recebia os usuários revelava uma impessoalidade que o colocava distante de uma possibilidade de interação entre eles. A enfermeira preenchia papéis na sala de enfermagem, mas sem a companhia de ninguém.

O conhecimento, ou saber estruturado, é denominado por Merhy (1999) como tecnologia *levedura*: leve por constituir-se em um saber adquirido e inscrito na forma de organizar a atuação profissional; e dura por constituir um saber-fazer estruturado, organizado, protocolado, normalizado, mas não tão rígido como os instrumentais materiais. O conhecimento manifesto do gerente traduz os adquiridos na formação e o conhecimento que o mesmo desenvolve no convívio com a equipe, a comunidade (aspectos sócio-culturais, comportamentais e outros).

A tecnologia levedura refere-se ao intelecto, ao saber/conhecer do indivíduo. Essa tecnologia foi identificada na fala da informante 5 como o instrumento principal do “fazer” no processo de trabalho gerencial, como observado a seguir.

[...] o material principal é o **pessoal** mesmo, né. É aquela questão da **mente**, a gente ta tendo **sempre que bolar estratégias para a gerência** [...]. A gente usa mais a **mente** pra tentar conseguir resolver os problemas, mesmo quando não consegue resolver, eu acho que insistir é a chave do negócio [...] (Inf. 5/grupo II).

O processo de trabalho tem início na mente, na idéia, no que se quer fazer, depois é que se concretiza nas ações do gerente. Antes mesmo de começar, a gerente já sabe em sua mente [intenção] aonde quer chegar. É a intencionalidade presente no trabalho humano, que tem sua gênese na mente do idealizador e se efetiva após a transformação do objeto em produto, nos referindo aqui à satisfação das necessidades em saúde.

Lembramos a célebre expressão de Marx, no *Capital*, quando ele compara o trabalho humano com o da aranha e da abelha, enfatizando o caráter transformador do trabalho humano.

Uma aranha efetua operações que se assemelham as manipulações de um costureiro, a abelha demonstra habilidade mais que a de um arquiteto com a estrutura de seus entrelaçamentos de cera. Porém, o que distingue o pior arquiteto, desde o começo da atividade da abelha mais esperta é o fato de que o arquiteto construiu na sua cabeça seu projeto arquitetônico antes de trasladá-lo ao papel (MARX, 1986, p. 140).

Acerca desta intenção, Merhy (2002) fala que devemos buscar conhecer o jogo de intencionalidades e as razões instrumentais que constituem o processo de trabalho, ao invés de ficarmos julgando se os equipamentos/instrumentos são bons ou são ruins. De fato, sendo de

qualidade ou não os recursos disponíveis (sejam de ordem material ou não-material) se a intenção não for compatível com a produção do cuidado e o suprimento das necessidades de saúde, não se efetivará a contento.

Outros instrumentos não-materiais foram identificados como estratégias de ação das gerentes na apreensão do objeto de trabalho: saber ouvir, humildade, espiritualidade, flexibilidade, tolerância, discernimento, autoridade, lidar com as diferenças, bom relacionamento, compromisso, responsabilidade, cooperação da comunidade, agir no momento certo.

As falas dos informantes/gerentes 4, 6 e 8 convergem para essa afirmação sobre o instrumento de trabalho não-material.

Na questão da gerência a gente tem que ter [...] **muita humildade**, de ta sempre **ouvindo**. Não só eu **escuto muito a equipe, escuto também os pacientes**, [...] então eu gosto sempre de falar e de **ouvir**, quem tiver com problema, até os conflitos internos, ta **ouvindo** quem ta envolvido nesses conflitos [...] tem uma **questão espiritual** que isso interfere muito. [...] Eu acho que você tem que se **adequar à situação**, porque **cada caso é um caso**, até porque cada pessoa é uma pessoa. Eu não posso lidar com você como eu lido com o cliente, então eu acho que, a principal arma aí é você saber **lidar mesmo com as diferenças** [...] (Inf. 4/grupo II).

[...] eu acho que pra ser gerente da unidade a pessoa primeiro tem que ter um **compromisso, né?** [...] **compromisso, responsabilidade é trabalho em equipe**, [...] por mais que a gente tá ali na parte de coordenação, de gerente, mais aí tem que saber que a palavra final nunca é a da gente e sim da equipe toda, né que é um processo de construção. Mas na verdade, [...] eu prefiro na hora que eu tenho uma idéia, eu gosto de **ouvir** todo mundo. **Bom relacionamento, com a equipe**, bom relacionamento **com a secretaria de saúde, com os outros setores**, sem ser a secretaria de saúde: serviços públicos, escola, educação, aí a gente tem assim que ter **bom relacionamento** senão a gente não faz uma coordenação (Inf. 6 / grupo II).

Como gerente, por exemplo, a questão da **flexibilidade**, né a questão do **discernimento**, né, a questão da **tolerância do ser humano, tudo** (Inf. 8/grupo II).

De igual modo, informantes do grupo de usuários [21 e 24], também apontam estes instrumentos não-materiais como presentes na prática gerencial no PSF, conforme observamos nos relatos.

É **ta na frente**, tá mostrando que ela ta ali, mostrando pros funcionários e mostrando pra população que ela ta ali, **a autoridade dela**, ela usa autoridade, **autoridade é um recurso**. Eu acho, ela como uma chefe ela precisa ter autoridade, **agir no momento certo** [...] (Inf. 21 / grupo III).

[...] eu acho assim que o principal recurso é **ouvir**, tanto funcionário como as pessoas, porque assim, eu acho que ela usa sempre isso, porque **todo mundo ta sempre ligado a ela**, acho que uma pessoa queixa daqui outro queixa dali, ela fica sabendo sempre de tudo um pouco, **ela precisa ouvir**, que eu acho que ela usa mais **recurso mesmo áudio**, do que mais a parte técnica, acho que ela **ouve mais o pessoal**, as queixas e a partir daí ela começa, né (Inf. 24 / grupo III).

O processo de trabalho gerencial no PSF envolve diversos atores, estando ligada à gestão e sendo feita para a comunidade local, por isso, a habilidade de ouvir, se configura como um elemento extremamente relevante nessa prática. Ouvir requer prática, exercício, escuta de forma ativa, com uma postura humilde, imparcial, saber se comunicar.

Miranda (2007, grifo do autor) diz que é primordial que sejam estabelecidos *canais de comunicação* para evitar ruídos entre gestor, equipe e usuários, para tanto, sugere reuniões periódicas, com uma escuta ativa e canais abertos à compreensão. Em Jequié, o Departamento prevê uma reunião mensal com os coordenadores das USF. Nesta, os problemas vivenciados por cada equipe são pontuados e, as ansiedades das gerentes são colocadas. É o momento em que estes são ouvidos pela gestão.

É ouvir para se comunicar de forma eficaz. Por meio da escuta é possível mediar os conflitos que surgem no processo de trabalho. Para uma escuta de qualidade e lograr êxito em suas atividades, Alves (2007) ressalta que a enfermeira gerente deve conhecer diferentes modalidades de comunicação.

Aborda dois tipos de comunicação gerencial: a centralizada (na qual um único membro controla o fluxo de comunicação de todo o grupo) e a descentralizada (na qual todos os membros são igualmente capazes de enviar e receber mensagens). A segunda se aproxima mais de uma gerência participativa, porém deve ser bem direcionada evitando-se ruídos. Saber ouvir para comunicar-se contribui com a tomada de decisões da gerente em e com a equipe. Mas, o que a gerente ouve? Nas falas vemos que ouve queixas, conflitos, problemas. A qualidade da escuta pode ser decisiva para o desempenho do trabalho gerencial.

Juntamente ao saber ouvir, encontramos nas falas ferramentas como a espiritualidade, o bom convívio, o saber lidar com as diferenças, o compromisso, responsabilidade e a autoridade que são utilizadas no processo de trabalho gerencial. Todos estes instrumentos remetem a uma postura, uma atitude da gerente, que favorece o trabalho. São necessidades recentes de uma prática antiga pela configuração nova que o PSF traz.

Corroborar com esta idéia os estudos de Mendes-Gonçalves (1992), ao se referir aos instrumentos do trabalho em saúde. Ele afirma que as necessidades de saúde variam com as épocas, por isso, os instrumentos também. Quando olhamos para os instrumentos apontados nesse estudo, com uma predominância não-material e relacionados intrinsecamente a condutas voltadas ao trabalho em equipe e liderança, percebemos a tendência das últimas décadas na saúde, do desenvolvimento de um trabalho coletivo, voltado para as relações.

Quanto aos instrumentos de ordem material, foram identificados nas falas: livros, fichas de preenchimento, formulários, cadernos, telefone, computador, ofício, papéis, insumos. Convergem para esta idéia as falas dos informantes 1, 2 e 3 [gestores].

[...] os **recursos materiais** que são oferecidos para desenvolver as atividades, né. **Os insumos** [...] Às vezes algumas coisinhas é no **telefone**, porque a secretaria ta sempre entrando em contato com suas equipes diariamente (Inf. 1/grupo I).

[...] o departamento da gente é, tem dois oficiais administrativos e a gente trabalha com a relação assim, a nível de documentos sempre é feita as **CI's que são comunicações internas, documentos**. E alguma coisa que a gente sabe que acontece rapidamente a gente utiliza os **telefones** porque toda unidade do município tem um telefone fixo, além do uso dos **aparelhos corporativos celulares** [...] (Inf. 2/grupo I).

[...] **formulários que a gente manda muito, né**, todo dia, [...] tudo que chega o departamento encaminha imediatamente pra todas as gerentes e as gerentes tem prazo inclusive pra responder, esses são os recursos que são dados, **é trabalho, na verdade**. [...] (Inf. 3/grupo I).

Também os informantes 5 e 10 [gerentes] falam dos instrumentos materiais utilizados na prática gerencial.

[...] o que a gente usa mais material são **livros, livros de marcação, fichas de preenchimento, formulários que a gente sempre tá preenchendo**, pra preencher uma CI, responder denúncias. O **telefone** que a gente usa sempre, porque **na gerência é o tempo todo utilizando o telefone**, porque assim, é a base, tudo o que eu preciso eu tenho que correr no telefone pra vê se eu consigo, então assim, **telefone** recurso material, mas assim, **folhas, papéis** [...] (Inf. 5 / grupo II).

Como gerente tenho **meu material próprio que é pra ter controle**, que a **parte impressa, é impressa assim**, como se fosse impresso, às vezes tem uns que eu faço impresso tem uns que eu faço no **caderno**, que é a parte de controle de funcionários, que é onde a gente vê a parte de folga, férias, pra ta organizando isso. Tem também impresso que é a CI, né quando a gente vai mandar alguma coisa, **ofício** que faz que tem o **computador**, que a gente pode ta sempre utilizando [...] (Inf. 10 / grupo II).

Observamos que é a prática gerencial envolve o preenchimento de papéis, elaboração de comunicações internas (CI), ofícios, formulários, freqüências, relatórios. Para além de impressos, foram citados apenas o computador e o telefone (fixo e celular) como instrumentos do trabalho do gerente. De acordo com os estudos de Merhy (2002), estes não devem ser considerados como uma tecnologia em si, mas como um equipamento tecnológico, que mediante um saber – que seria de fato a tecnologia – é utilizado e facilita o trabalho da gerente.

Vimos na prática gerencial do PSF que a enfermeira ocupa-se de uma série de papéis e planilhas, com as quais alimenta sistemas de informação da saúde. Alguns são digitados na própria unidade, outros são enviados à SMS devido à falta do computador na USF ou à não

instalação do *software* na máquina. Vimos que estão implantados em Jequié e devem ser periodicamente alimentados os sistemas distribuídos na tabela abaixo.

Quadro 16 Distribuição dos Sistemas de Informação alimentados pelas USF. Jequié/BA.

SISTEMA	NÚMERO DE IMPRESSOS
Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	03 + fichas B, C e D
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)	01
Sistema de pré-natal (SISPRENATAL)	02
Sistema de Informação do Câncer de Colo de útero (SISCOLO)	02
Sistema de planejamento familiar (SISPF)	02
Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA)	02
Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN)	01 + fichas de investigação
Programa Nacional de Imunização (PNI)	03 + temperatura e reações
Bolsa-família	01
Sistema do Almoxarifado central	Só <i>on line</i>
Sistema de Marcação (CERAJE)	01

Fonte: Dados da pesquisa. Jequié, 2010.

Todos são resultantes da assistência da equipe, exceto o Sistema de Almoxarifado que está para a solicitação de insumos e medicamentos, e o de marcação de exames que é para agendamento fora da unidade e não necessariamente para informação. Estes dois são manuseados pelo oficial administrativo da Unidade, mas sob a supervisão da enfermeira gerente. Entre esses e os demais, a enfermeira está diretamente relacionada a todos eles, por meio de planilhas, atenta a datas, preenchimentos e anotações.

O Sistema referente ao Programa Nacional de Imunização é alimentado mediante dados da sala da vacina, e são de domínio das auxiliares/técnicas de enfermagem, ficando a enfermeira como responsável pela supervisão do preenchimento das planilhas. No mais, todos são preenchidos/alimentados, na maioria das vezes, pela enfermeira da Unidade.

A enfermeira faz, ainda que tenha o outro cooperando, porque, caso o sistema não seja alimentado, ou haja algum outro problema, ela é quem responderá diante da secretaria. Por isso, está diretamente relacionada ao preenchimento e alimentação dos sistemas. Os impressos ficam em sua sala, sendo esta bem diferente do consultório médico e de odontologia na unidade. É sempre mais cheia e possui mais mobiliário (ainda que tenha o mesmo tamanho).

São cerca de vinte impressos que ficam, em sua maioria, sob a responsabilidade da enfermeira para preenchimento e encaminhamento ao setor ou sistema devido. A enfermeira assume esta questão de ordem burocrática. Todos estão diretamente relacionados ao que foi produzido, diagnosticado ou feito na própria unidade, mas é muito raro encontrar outro trabalhador envolvido com estas questões em Jequié. Apenas situações esporádicas.

Observamos também que, o preenchimento de papéis e planilhas, ocupa um tempo da gerência e até mesmo da assistência, tendo em vista, que em alguns períodos do mês a enfermeira tem uma sobrecarga maior devido à prazos de entrega, sob risco de perder incentivos da própria equipe. Merhy (2002) fala, porém, que a gestão/gerência de serviços de saúde é um campo de domínio das tecnologias leves (das relações). Essa burocracia exacerbada dificulta a construção de uma gerência mais leve e menos tensa e conflitante para gerente e equipe.

É a burocracia sobrepujando as relações, o pensar, o saber-fazer na gerência. O preenchimento de papéis, livros, cadernos, está muito presente na prática da enfermagem, mesmo em outros ambientes de trabalho, e no PSF, tem sido uma marca da gerência o volume de papéis e planilhas.

Além desses instrumentos materiais citados, a informante 12, diz que, às vezes ela precisa ir pessoalmente para resolver algum problema da unidade. Quando ela vai à secretaria para “exercer” a gerência, ela é o próprio instrumento. É o sujeito constituindo-se como meio, como forma de ampliar as possibilidades de intervenção sobre o objeto. Modo de operacionalizar o processo de trabalho, que favorece uma aproximação da gerente com a gestão.

[...] a gente utiliza CI **à mão**, utiliza muito **aparelho telefônico** quando eu necessito de alguma intervenção maior. São esses os recursos que eu tenho aqui, é o **telefone**, é a minha **ida à secretaria**, que eu vou pessoalmente porque se não a gente não consegue (Inf. 12 / grupo II).

Toda essa composição de trabalho na gerência do PSF acontece para a execução de algumas atividades próprias da função. Buscamos conhecer as atividades que têm sido desenvolvidas pelos gerentes em Saúde da Família e sobre estas vamos nos ocupar neste momento.

5.2 ATIVIDADES GERENCIAIS: ‘TUDO ALI É O CHEFE. O TRABALHO DO CHEFE É ASSIM MESMO EM QUALQUER LUGAR, TOMAR CONTA DE TUDO’.

Seria fácil analisar o trabalho gerencial do PSF e dizer que a gerente faz tudo o que é feito em qualquer outro setor, caso não fossem consideradas as especificidades que o programa requer deste processo de trabalho. “Chefe é visto para tomar conta de tudo”. É essa a visão que perpassa por gestores e usuários quando se fala em atividades gerenciais. Nas

teorias clássicas, havia o gerente na empresa para comandar, desempenhar o papel intelectual e adquirir do grupo a produção necessária, com o alcance das metas previstas (CHIAVENATO, 2001).

Gerenciar nos remete a uma visão de comando e controle do processo de trabalho. E, ainda que não seja feito nessa perspectiva, já se configura em um grande desafio pela complexidade da função, e este, se torna ainda maior, quando associamos a sua aplicabilidade a atender às necessidades da clientela, promover saúde, impactar indicadores e estar ali para atuar em área delimitada e intervir nas condições de vida e adoecimento de determinada população.

Santos (2007) aponta como atribuições do gerente desenvolver ações que vão além da técnica e envolvem um grande número de pessoas, ou interferem direta ou indiretamente na vida de outros. Concentram-se em fazer planejamento (que deve ser local e participativo) e avaliação. Complementamos as atividades de supervisão e a coordenação que caminham juntas no processo de trabalho gerencial.

O processo de trabalho gerencial é dinâmico e não se limita a um espaço na Unidade [não há sala de gerência ou da gerente], acontece em todos os ambientes, desde a recepção, passando pelos consultórios, farmácia, sala de vacina, enfim, em toda a Unidade. São apontadas nas falas atividades gerenciais de supervisão, planejamento, avaliação, organização dos setores, fiscalização, controle e solicitação de medicamentos, materiais, acompanhamento do trabalho dos demais funcionários, relatórios, manutenção de equipamentos. Convergem para esta afirmação as falas dos depoentes 7, 8, 11 e 13.

Organização de marcação, **organização** da farmácia, né? De **solicitação de medicamentos**, de **pedidos de medicamentos**, de **material**, né. Tudo que **contempla na parte administrativa de organização pra o funcionamento do serviço é a gerência**, entendeu? É a questão também da **supervisão**, sala de vacina, sala de curativo, a gente também faz, eu saio daqui, daqui a pouco eu vou ali na vacina pra vê como é que ta funcionando a coisa, né, daqui a pouco, cadê a menina ta fazendo um curativo? **Eu to lá pra vê**, então isso também é gerenciamento, entendeu? (Inf. 7/grupo II).

Observação do serviço, organização do serviço, observação do andamento do serviço, realmente **providenciar** é providência né das necessidades mais urgentes ou que se está precisando, **fiscalização ou supervisão**. Tudo (Inf. 8/grupo II).

Inúmeras. Eu nem sei direito, em relação a que? Tudo que resolve, por exemplo, **os relatórios, controle de medicamentos, solicitação de medicamentos, solicitação de material**, acompanhamento desse **controle de farmácia. Acompanhamento mesmo** junto, não é aquele acompanhamento à distância não. **Acompanho de perto**. Em relação ao mapa de vacina que eu tô ali junto, algumas vezes a gente senta e fecha junto o mapa, outras vezes elas fecham e eu sento cá pra ta conferindo. [...] também tem a questão de **manutenção, ‘isso quebrou, e foi solicitar e não veio e cobra de novo’**, essas coisas que vão surgindo no dia a dia (Inf. 11 / grupo II).

O gerente tem que **planejar** junto com a equipe, né **avaliar** que a gente esquece demais de **avaliar, planejar, avaliar, tentar conseguir condições de trabalho, fiscalizar é muita coisa** (Inf. 13 / grupo II).

As falas dos usuários (19 e 21) também convergem para estas atividades gerenciais conforme encontramos nos depoimentos a seguir.

[...] Eu entendo assim, que ele tem que **colocar as coisas tudo em ordem**, né pra ter um bom funcionamento no posto. **Horários dos funcionários do posto, olhar também o horário do médico, os remédios pra ter sempre na prateleira**, onde está tudo. [...] acho que é uma responsabilidade danada, porque **tudo ali é o chefe**. O trabalho do chefe é assim mesmo em qualquer lugar, **tomar conta de tudo** (Inf. 19/grupo III).

É da função dela ta **observando e acompanhando os funcionários**, as enfermeiras, a médica, que eu olho aqui e vejo que ela ta **sempre à frente**, e ta **ajudando a comunidade, orientando** (Inf. 21 / grupo III).

O enfermeiro na USF se ocupa de atividades gerenciais que determinam o funcionamento da própria unidade. As falas trazem “tudo”, “inúmeras”, “tudo que resolve”, “tomar conta de tudo”, “sempre à frente”, enunciando que há uma série de atividades gerenciais sendo executadas no processo de trabalho da enfermeira no PSF. Distinguimos as funções que compõem atividades gerenciais - organização, supervisão, planejamento, avaliação –, de atividades administrativas que são executadas pela gerente no PSF: controle de farmácia, solicitação de medicamentos e de material, acompanhamento do trabalho dos demais funcionários e olhar horários de funcionários, manutenção de equipamentos.

Da atuação da gerente provém a execução dos processos de trabalhos da equipe, tendo em vista, que ela é quem providencia materiais, medicação, insumos e tudo mais. É apontada como aquela que está sempre à frente para “colocar as coisas tudo em ordem”. Reconhecemos dentre as atividades gerenciais os pilares dessa prática, que são a organização, planejamento, avaliação e supervisão. Contudo nas falas, observamos a sua execução voltada para o controle de pessoal, funcionamento da Unidade e suprimento de insumos, conseguir condições de trabalho.

As atividades administrativas burocráticas perpassam a gerência, e reconhecemos a sua importância para o andamento do serviço, mas Kawata (2009, p. 314), ao falar sobre a atuação do enfermeiro no PSF, ressalta que as atividades gerenciais “não podem ficar restritas às atividades administrativas burocráticas, estabelecendo como função básica apenas o controle do trabalho, mas considerar as dimensões que a atividade gerencial apresenta”. Estas dimensões estão relacionadas ao uso da gerência para transformação do local, melhorar a assistência e promover saúde.

Não vimos um trabalho gerencial voltado ao PSF, no sentido de planejamento de ações e estratégias para mudanças no modelo de gestão. As atividades se voltam para a estrutura organizacional pura e simplesmente do funcionário, de quem chegou, de quem está de férias, do que veio no pedido de material e o que deixou de vir.

As atividades não devem ficar restritas, porque a perspectiva do trabalho no PSF é centrada nas famílias e com o intuito de reorganizar a assistência. Estando a enfermeira envolvida em questões burocráticas, há uma subutilização da força de trabalho desse profissional, que deveria estar ali com uma gerência voltada à reversão dos indicadores de atenção à saúde e às necessidades de saúde local, acompanhamento das famílias, e na verdade, ocupa-se de uma série de funções, que por vezes, o distancia da organização do processo de trabalho da equipe.

A gerente se vê sobrecarregada, mas de muitas atividades que têm que desenvolver como suas, mas que não impactam o serviço e não gerenciam a Unidade. Acreditamos que, o fato de não existir, em Saúde da Família recursos que assessorem a gerência, como há, por exemplo, na rede hospitalar, na qual a equipe dispõe de setor de Recursos Humanos, almoxarifado, recepção, zeladoria e limpeza, ouvidoria (SAITO, 2009), a enfermeira se encontra na responsabilidade de dar conta de todas essas atribuições como gerência, ficando, muitas vezes, o cuidado/assistência e a própria gerência, prejudicados.

Saito (2009) propôs um roteiro de atribuições para gerente do PSF, competindo a este: revisar processos de trabalho da unidade; colaborar na definição do número de ESF, quanto à capacidade física instalada, disponibilidade de recursos; priorizar a atenção, fundamentando-se nas áreas de riscos; programar ações e estratégias que viabilizem o controle social e a participação do usuário no planejamento; mapear a rede local, assegurando a integralidade; levantar equipamentos sociais (organizações não-governamentais, empresas, e outros); capacitar todos os membros da ESF; ser um facilitador e elo entre equipe e comunidade; realizar diagnóstico epidemiológico e social; elaborar planejamento local, estabelecer metas e prioridades; garantir a atualização dos sistemas de informação mostrando à equipe e comunidade os indicadores.

Concordamos com essas atribuições e acreditamos que estas contemplam a proposta do programa, à medida que, visam inclusão do usuário no planejamento das ações, busca reforços na comunidade para fortalecimento do controle social e utilização da própria força que a comunidade possui, além de mobilizar competências e estratégias para uma assistência de qualidade. Coincidem com a proposta do MS para o processo de trabalho das equipes

constante na Portaria de nº. 648/2006. A diferença é que no estudo de Saito (2009) estas questões são atribuídas ao gerente e na portaria, à equipe.

Em Saúde da família é como se houvesse várias gerentes em uma só: uma que faz a gerência da equipe de enfermagem e aí ela está no curativo, na sala de vacina, acompanha o preenchimento dos mapas; outra é a que comanda a unidade, e, como tal, sabe os horários de chegada e de saída, controla folgas, férias, faltas, organiza a marcação, recebe e responde ofícios, elabora pedido e solicita consertos; e, ainda outra (e essa é a mais ocupada) divide o pouco de tempo que lhe resta com a assistência e o planejamento das ações da equipe, sob o comando da Secretaria Municipal de Saúde.

Consideramos que o planejamento, a avaliação, a revisão e o acompanhamento dos processos de trabalho são fundamentais para a equipe. Exigem competências e habilidades específicas que devem estar presentes na gerente, tais como, um agir ético, com liderança, aprimoramento constante, poder de negociação, ser um facilitador, saber trabalhar em equipe, saber comunicar-se, ser flexível, saber trabalhar com pessoas (aqui nos referimos tanto à equipe, como à comunidade) (SAITO, 2009).

Entretanto, as questões voltadas para a máquina administrativa de solicitação, manutenção, reparos, o “tomar conta de tudo”, não exigem habilidades intelectuais, e a enfermeira se ocupa de muitos papéis [no sentido literal da palavra], gasta tempo tentando resolver essas demandas de consertos, pedido de material que não foi atendido, que só ampliam a sobrecarga da gerente, e, de fato, refletem o trabalho que deveria ser feito no PSF.

Falou-se em sobrecarga, tanto em relação à dupla função – gerência e assistência -, como em relação às demandas gerenciais. Entretanto, observamos que a sobrecarga, não é somente a assistência junto à gerência, mas são ações administrativas/burocráticas direcionadas à enfermeira, que gastam muito tempo.

Rezende (2007), diz em seu estudo que, as ações gerenciais, de competência da enfermeira, deixam de ser executadas, como por exemplo, a avaliação do trabalho dos auxiliares de enfermagem. Ainda que faça, o tempo destinado é restrito, porque não há como desenvolver todas essas atividades, como gerente em Saúde da Família. Alguma ação deixará de ser feita.

Santos (2007, p. 37) diz da avaliação, que por meio desta, é possível “avaliar cobertura, respostas às necessidades da comunidade, necessidades levantadas e percebidas pela comunidade, ações de vigilância, resposta às ações terapêuticas”. A informante 13 disse “*a gente esquece demais de avaliar*”, e esse esquecimento tem relação com a sobrecarga, com a priorização das outras atividades administrativas, que repercutem muito mais sobre a

relação Unidade-Secretaria de Saúde e com a falta de um investimento da gestão em uma gerência voltada ao trabalho da equipe no PSF.

Enquanto a gerente supervisiona, planeja, organiza e avalia está atuando como gerente. Mas quando ela deixa de desempenhar essas tarefas para envolver-se com problemas de infiltração, reparos, medicamentos que faltaram na farmácia, marcação que não aconteceu, computador que quebrou, o carro que não veio, perguntamos, ela é a gerente? Há uma contradição aqui se considerarmos que o processo de trabalho gerencial consiste nessas atividades.

Seria uma coordenação, ou outra gerência qualquer, como dissemos no início, que não em Saúde da Família. Não que estas não sejam atividades gerenciais, mas não geram mudança alguma nos modos de atenção e reorganização do serviço, portanto, não deveriam estar sendo valorizadas. Mas, por outro lado, pensamos, se a gerente enfermeira não fizer, quem fará? Será necessária uma reflexão de toda a estrutura organizacional para visualização de uma nova gerência para o PSF.

Enquanto a enfermeira se ocupa de “tomar conta de tudo”, desperdiça a oportunidade de estar junto à equipe gerenciando a Unidade para um trabalho de qualidade, voltado ao conhecimento da realidade local e organização do serviço, que resulte na produção do cuidado [produto almejado no processo de trabalho em saúde].

A enfermeira faz todas essas atividades e trata-as como de fato suas. Como foi preparada em sua formação para gerenciar e traz um perfil de comando, ainda que se encontre sobrecarregada, ela continua fazendo. E todos – gestão e usuários – e também a enfermeira gerente, entendem que é papel da enfermeira cuidar de todas as coisas. Essa “muita coisa” que a gerente faz, acontece no PSF porque tudo está centralizado na gerente.

O que na realidade é para ser feito – organização, planejamento, avaliação, supervisão – nem sempre de fato é, conforme encontramos nos estudos de Silva (2006), e acreditamos que a gerente está tão envolvida em providências, em papéis, em consertos, que não lhe resta tempo para o que seria de fato para ser feito.

Certamente que há outras propostas para a gerência identificadas na formação desse profissional, com princípios éticos e democráticos focados mais no usuário, suas necessidades de saúde e nos trabalhadores, porém ainda é comum encontrá-lo envolvido em papéis, planilhas, escalas, mais (pré)ocupado com o cumprimento de horários e tarefas dos membros da equipe do que com o produto do trabalho em si. Mais gerente de papéis do que do serviço, como diria Santos (2007). Na gerência “o enfermeiro precisa deixar de supervalorizar somente o controle, a hierarquia, a ordem e a impessoalidade, para instituir práticas como a

análise do processo de trabalho, o diálogo, a participação e o debate junto com sua equipe e com a equipe multiprofissional” (SPAGNOL, 2005, p. 122).

Complementando essas atividades descritas, encontramos outras que envolvem o preenchimento de papéis e que ocupam em boa parte o tempo do gerente: encaminhamentos, recolhimento da produtividade do ACS, atestar frequências dos funcionários, escala de férias, folgas de funcionários, elaboração, recebimento e encaminhamento de ofícios, (re) pedido de material. Demonstram uma centralização das atividades na enfermeira e isto ganha certa visibilidade entre usuários, gestores e gerentes, conforme as falas 4, 5, 6, 9, 10 e 12.

[...] No caso tem a questão dos **encaminhamentos**, que quem faz sou eu. Teve problema na unidade, aí reclamo quando alguma coisa não ta legal, **mando CI**, aí vem a questão de **controle, estoque de medicação**, é que a gente faz, né, a gente **controla**, precisa fazer **pedido de medicação, de equipamentos, reparos** [...] (Inf. 4 / grupo II).

A **produtividade** tem seu dia certo de fechar então na gerência produtividade o ponto chefe era ela, né. Agora as outras atividades gerenciais, como a gente é, **marcação, é CI, é inspecionamento, a supervisão**, essas coisas assim, eu não dito hora, nem dia, nada, eu acho que aquela hora que eu vim fazer isso eu vou e faço (Inf. 5/grupo II).

[...] **supervisionar** todas as salas da unidade, né, curativo, vacina, farmácia, almoxarifado, esterilização, eu olho todas as medicações, as que vão vencer, [...] é papel da gerência ta sempre na parte de **supervisão** né, almoxarifado, **pedido de material e de medicamento, eu faço questão de fazer esse pedido**, e a oficial administrativo ela faz on-line, mas eu faço manuscrito pra deixar registrado esse pedido, fazer a **escala de férias dos funcionários, agente comunitário, auxiliares, agente administrativo**, que faz parte da gerência, [...] além de **mandar os ofícios ir pessoalmente**, né com ofícios, pra secretaria de saúde, e outras atividades (Inf. 6/grupo II).

[...] tem o processo de **escala zona rural**, processo de quem vai marcar os exames, isso que a gente já tem como rotina [...]. (inf. 9/grupo II).

[...] tem aquela parte de **funcionamento**, algumas partes de **escala de profissionais**, quando tem **folga, férias, tem a parte de ta enviando CI**, quando ta com alguma coisa de **manutenção, ou solicitação de materiais, solicitação de, de medicamentos**, aí tem também **parte de limpeza, parte de limpeza aí fora, de construção de muro**, de problemas que surgem, tem essa parte também de ta na parte de que eu faço minha **fiscalização**, de ta vendo assim temperatura de vacina, farmácia, higienização, esterilização, entendeu?! . **O que mata são os papéis**, se não tivesse papel seria mais fácil (Inf. 10 / grupo, II).

[...] a gente é responsável desde a parte de **pedido de solicitação do material, medicamento**. Desde a parte de **recursos humanos como solicitação de férias, né?** [...] **atestar as frequências de todos os profissionais**, né. [...] **as CI's**, todas as CI's, **solicitação de férias de funcionário, né? Solicitação de folga de funcionário, solicitação de material e medicamentos**, quando a gente pede, e a farmácia, às vezes, ou o almoxarifado naquela época não ta tendo, aí a gente tem que **(re) fazer o repedido, sou eu a responsável**. O recebimento de todos os ofícios, [...] então **todos esses processos cabe a minha pessoa, é assim que eu vejo**. (rsrsrs) (Inf. 12 / grupo II).

Os informantes do grupo de gestores 1 e 3 também identificam estas atividades como sendo de responsabilidade do gerente no PSF, acrescentando a coordenação e planejamento de toda a equipe e direção da reunião sem direito a substituição, conforme encontramos na fala.

Seria a **coordenação**, né da equipe, da unidade em si, que seria além do **atendimento** que é feito nos programas específicos, mas existe também a questão da coordenação, seria a **coordenação** da equipe toda, né os agentes comunitários, os auxiliares, inclusive médico, dentista, pessoal de serviços gerais, **todo mundo eles tão sob a tutela do coordenador**, né [...] a questão de **aquisição do material, dos recursos materiais**, que são utilizados pela equipe tudo é função do coordenador, inclusive medicação, né a questão dos exames, procedimentos, cotas, tudo [...] A questão da **avaliação** eu acho que é muito importante no processo de trabalho, [...] a questão do **planejamento e a programação local de saúde**, que deve ser feita por essas equipes, então isso tudo também tá dentro do processo de trabalho do gerente (Inf. 1/grupo I).

[...] **preencher todos os formulários** necessários, **acompanhar o funcionamento da unidade, de férias de funcionário**, é esta gerente que vê, é ela que manda o documento quando é que pode liberar pra férias quando é que não pode, é ela que **coordena todas as reuniões da equipe**. Não existe, por exemplo, ela está ausente pra que outra pessoa da unidade faça essa reunião, **é sempre ela que faz agenda**, é sempre ela que **organiza**, então é fantástico, né, eu falo assim, eu não vou deixar de tirar o meu chapéu para essas enfermeiras porque é fantástico o papel delas [...] (Inf. 3 / grupo I).

[...] Ela responde pelo serviço que ela faz, porque ela tá lá na assistência, então ela responde **também como gerente dela**, acompanhando o trabalho que ela faz, ao mesmo tempo **ela responde pela equipe toda** que tá na unidade, ela também **responde por todos os formulários**, todos **pedido de material, pedido de medicamento, sala de vacina, sala de curativo, ela responde por tudo**, então eu acho meio que dúbia, eu não falo nem em dialética não, porque é confusa realmente a situação (Inf. 3 / grupo I).

A gerente é aquela que coordena além do atendimento a todos os programas. É responsável por todos da equipe, todos estão sob a tutela do coordenador. Observa-se uma centralização das ações de caráter gerencial na gerente. Dentre as falas dos usuários, identificamos as atividades da enfermeira gerente, com algo de centralização, mas sempre relacionadas ao que fica mais evidente ao usuário, que é assistência, como nas falas dos informantes 18, 19, 20, 21 e 23 observamos.

A função que eu vejo é isso é **atender** as pessoas super bem [...] é uma pessoa super legal mesmo. O trabalho dele é super importante, [...] sei que ele trabalha lá com parte de pediatria, com criança, com gestante, com até a gente adulto também (Inf. 18 / grupo III).

É **organizar tudo**, né, por exemplo, se tiver um paciente com problema ir até ele pra falar e **resolver também o problema** de algum paciente e até também passar medicamentos (Inf. 19 / grupo III).

Ela faz até demais. Sobre só a **organização** que ela toma conta dessas pessoas, **organiza as enfermeiras**, realmente essas 700 famílias, que essa unidade é pequena pra o tanto de famílias que acaba dividindo em dois grupos, tem mais famílias, porque é em torno aqui de 1500 famílias aqui esse posto é muito pequeno e **ela se divide em 10 pra poder**, pra poder realmente atender esse pessoal. **Ela organiza**, ela faz muita coisa que às vezes **num ta nem no papel dela** e ela **faz pra agradar o povo, pra agradar a comunidade** (Inf. 20 / grupo III).

É da função dela ta **observando e acompanhando os funcionários**, as enfermeiras, a médica, que eu olho aqui e vejo que ela ta sempre à frente, e ta ajudando a comunidade, orientando. Isso eu acho que é a função dela (Inf. 21 / grupo III).

Sobre o **controle dos funcionários da unidade**, os problemas que surge, né, tem muitos problema e ele tem que ta correndo atrás, desde os problema de **funcionamento da unidade, tudo, tudo, se falta um cotonete** aqui 'ah', o enfermeiro que tem que ta providenciando, tudo, tudo. **A questão do atendimento** das dificuldades do HIPERDIA, CD, planejamento Familiar, visita domiciliar, que é mais dirigido ao enfermeiro [...] (Inf. 23 / grupo III).

É interessante perceber que a enfermeira é identificada pelo usuário como aquela que orienta, resolve problemas dos pacientes, dar ordens e se desdobra para “dar conta do atendimento”. Faz muita coisa que está além do seu papel para agradar a comunidade. Está sempre buscando providenciar todas as coisas para o bom funcionamento da unidade.

A gerente é identificada, na visão dos usuários, como aquela que se empenha para que o atendimento ocorra da melhor maneira possível. É dialético observar que a mesma enfermeira que controla, fiscaliza, organiza é a que atende, recebe bem, é doce, calma, amável com os usuários durante o atendimento.

Lembramos do estudo de Ferreira, Andrade e Franco (2009, p. 98, *grifo dos autores*) quando falam que há

várias enfermeiras em uma só, atuando na equipe. A que coordena o Saúde da Família e neste lugar ela age como “guardiã da norma do SF”, procurando enquadrar o processo de trabalho da equipe dentro das ações programáticas, atuando com rigidez nesta diretriz. Outra enfermeira, que se abriga sob a mesma pessoa, é a que faz a assistência à saúde e interage com os ACS's e usuários, operando um processo de trabalho cuidador.

A enfermeira trabalha sob ordens da Secretaria e com as ferramentas que dispõe. Esta ausência de normas gera certa autonomia às gerentes, e, ao mesmo tempo resulta, em várias gerências, cada uma exercendo com o quê sabe, com o quê dispõe e como pode. E, a equipe também, como não dispõe de algumas respostas (quem vai fazer, quando, aonde?). Na dúvida, recorre a quem? À gerente e esta, com a responsabilidade em suas mãos, absorve sempre, encaminhamentos, priorização de usuários, capacitações, fiscalização até do pessoal da limpeza da unidade.

Nas falas dos informantes do grupo de gestores, identificamos uma centralização na pessoa da gerente, indicando que seu processo de trabalho é “para tudo mesmo”. É responsável por todos os membros da equipe *todos estão sob a tutela no coordenador*; pelo preenchimento de *todos* os formulários, preside *todas* as reuniões (sem direito a ser substituído), faz *todas* as agendas da unidade, responde por *tudo* e ainda, é *gerente dela mesma* (responde por sua própria assistência). É algo considerado fantástico este papel desempenhado pela enfermeira no PSF.

Observamos certa centralização na visão sobre a gerente, como em uma gerência tradicional, bem “estilo Taylor”, mais com um agravante, o fato da gerente em PSF ser gerente dela mesma. Nesse aspecto, não vemos espaços para uma construção coletiva na gerência em PSF. Spagnol (2005), diz que um estilo de gerência tradicional não tem permitido à enfermagem criar espaços coletivos de gestão, onde possam atuar como atores sociais, para compartilharem o processo de decisório e desenvolverem capacidade coletiva de análise para resolverem os problemas e identificarem as demandas.

Sendo o Saúde da Família prioridade na Atenção Básica na atual conjuntura de políticas de saúde no Brasil, todas as demandas desse setor estão direcionadas à ESF, por esse motivo, as ações são intensas, o trabalho é complexo e dinâmico. As questões gerenciais deveriam ser discutidas e não aceitas com tanta passividade pela enfermeira e deveriam ser compartilhadas entre os membros da equipe.

Entretanto, como se tornar coletivo diante de tantas atribuições, a equipe é mínima, as questões gerenciais não são discutidas em conjunto. Elas vêm e pronto. São aceitas pela enfermeira como seu papel. A enfermeira detém a função e isso lhe confere poder. De todos os trabalhadores da equipe, ela é quem sabe onde estão os materiais, quantos são, que dia chegaram à unidade, mantém contato com a SMS constante.

Desenvolvem poder de articulação e negociação e o utilizam na equipe, na reunião com os seus membros. Enfim, a gerência pertence a ela, e, mesmo que encontremos um discurso de sobrecarga e de prática de coletivos, a enfermeira encontra dificuldade para dividir este espaço, pois dividi-lo implica em repartir poder, não somente tarefas e quem sabe responsabilidades e não vemos a enfermeira disposta a isto. Observamos o processo de trabalho na gerência em uma reunião de equipe.

Reunião de equipe. Todos reunidos na sala de reunião, exceto o médico que só fica se a reunião for pela manhã. À tarde ele não retorna dia de sexta-feira. Havia acadêmicos da FTC e sua articuladora iniciando estágio supervisionado. Alguns alunos não haviam chegado ainda, por esse motivo houve pequeno atraso na reunião. Todos à vontade conversando descontraídos. A gerente pediu para dar início, pois tinha alguns **informes** a serem passados à equipe e especialmente aos ACS. A articuladora solicitou que aguardassem mais um pouco. Iniciaram-se pelo menos as apresentações através de uma dinâmica de grupo. Depois da dinâmica, todos já estavam presentes e aí então a gerente deu início entregando um material educativo aos ACS, vindo do ministério da saúde, sugerindo a eles que escolhessem temas para treinamento. Depois da entrega do material, seguiu com informes da secretaria municipal de saúde sobre vacinação, esquemas novos, campanhas. Informou que na semana anterior **fez algumas vacinas durante o atendimento de criança para não perder o início da campanha**, tendo em vista, que a técnica de enfermagem estava de folga e a outra em outro serviço. **A própria gerente ficou vacinando**. Falou de atividade educativa contra a Dengue que a equipe deveria desenvolver juntamente com os ACS e os estudantes da FTC. Todos os presentes calados e a **gerente demonstrando preocupação** com esta enfermidade. Mais alguns avisos sobre rotinas da unidade que não chegaram a ser discutidas neste momento, mas sim, comunicadas, como a mudança do dia do teste do pezinho e a solicitação de mapeamento da área pela coordenação do PACS/PSF. A oficial administrativa avisa sobre a digitação das fichas A para os ACS e depois a gerente encerra a sua participação passando a palavra para os alunos da FTC (Obs. 11).

As atividades gerenciais no PSF estão concentradas na pessoa da enfermeira gerente e extrapolam o seu “fazer”, pois “tudo” que se diz ser gerência, implicando [ou não] na efetivação do cuidado, trazendo resolutividade [ou não] ao serviço da unidade recai sobre a gerente. Há uma verticalização dessa gerência que tem início da Secretaria de Saúde e tem continuidade na Unidade de Saúde, a começar pela própria gerente. Esta, buscando uma relação harmoniosa com a gestão e com a unidade e comunidade, posiciona-se como aquela que tem que “resolver” todas as coisas e de quem depende os encaminhamentos e soluções dos problemas que surgem.

Esta atuação, ao mesmo tempo em que, é experiência para a enfermeira, significa um campo aberto para a profissão, porém tende a se tornar cansativa, pesada e sobrecarregada [como colocado por alguns informantes], caso a gerente não alcance os objetivos propostos. A prática gerencial é permeada de sucessos e insucessos, satisfações e desafios, alcances e limites. Consideramos esta prática em construção e, acerca desta nuances estaremos discutindo em capítulo seguinte.

CAPÍTULO VI

“Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compasso”

Paulo Roberto Motta

6 ALCANCES E LIMITES NO PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL DO PSF: ENFIM, SUPERAMOS O TAYLORISMO?

O Saúde da Família trouxe uma nova roupagem à Atenção Básica, e também novos desafios. Um deles constitui-se na gerência do serviço, que deve adequar-se proporcionalmente à reordenação da assistência, favorecendo modos de ofertar saúde, mais atentos às necessidades locais, voltados ao trabalho em equipe e centrados no usuário.

Para a implementação da gerência, faz-se necessário uma ruptura com os modos tradicionais hierarquizados, centralizadores e burocratizados, os quais engessam a ação da gerente, a distancia da equipe, dos usuários e não produz resultados de forma agradável.

Campos (1994, p. 120) em seus trabalhos acerca da gestão de serviços de saúde aborda a necessidade de “quebrar a estrutura tradicional do sistema, marcadamente centralizada e anacronicamente ainda fundada nos princípios da escola da ‘Administração Científica’”, pois essa perspectiva fragmentada, dificulta a implementação de um modelo integral e eficaz de produção de saúde.

Durante a análise nesse estudo, pudemos compreender o processo de trabalho gerencial, e, a partir da sua caracterização perceber que há satisfações e frustrações, dificuldades e facilidades, entraves e possibilidades, avanços e desafios, que se configuram como alcances e limites dessa prática em construção no Saúde da Família.

Os alcances identificados foram em quantidade bem menor que os limites. Apresentam-se relacionados à equipe [apoio, colaboração, comprometimento]; à própria gerente [já é natural da enfermeira a gerência, boa vontade, facilidade de relacionamento e de diálogo], ao usuário [apoio da comunidade à gerente, aceitação, reconhecimento da gerente como uma mãe] e a gestão [empenho da coordenação]. Os limites também estão relacionados a fatores intrínsecos [equipe], mas em número bem maior a fatores extrínsecos [gestão], que não só dificultam o processo de trabalho, mas o inviabiliza principalmente, no que diz respeito, aos reflexos na assistência.

Falemos primeiro dos *alcances*. Olhando o funcionamento no PSF, embora não estejamos apegados à certezas, dadas as incertezas do próprio terreno em que se fundamenta a estratégia, consideramos que, muitos alcances já são visualizados nos modos de operacionalizar a gerência. Não falamos de uma superação dos modos centralizadores, mas de uma proposta em andamento de um modelo mais participativo [em sua fala, mais que em seu agir], menos ainda enrijecido pela burocracia.

Não são alcances que se referem ao vivido e, ainda que não se constitua em uma realidade universal, retrata parte de um cenário, no qual a gerência encontra-se inserida, e pode contribuir para compreensão e obtenção de resultados positivos em outros espaços, à medida que o estudamos e analisamos.

Os informantes 4, 5, 6 e 8 falam da equipe como apoio ao gerente, sendo isto um alcance considerável para a atuação gerencial.

[...] eu tenho as **meninas que me dão suporte**, entendeu? Facilitam meu trabalho porque eu não sou um gerente volante porque você sabe que a gente passa muito tempo aqui dentro resolvendo [NO CONSULTÓRIO], assim, atendendo. Às vezes tem coisa que ta acontecendo lá fora agora que a gente aqui dentro não sabe. Então, **as meninas é que acabam me facilitando muita coisa**. A verdade é essa, acaba sendo o que, né, que tá ali fora, fica lá dentro, mas ela ta sempre em contato (Inf. 4/grupo II).

[...] aqui é que eu encontro uma **equipe que me apóia na gerência** (Inf. 5/grupo II).

[...] trabalhar com **uma equipe que seja é comprometida**, né. E hoje em dia eu posso dizer, [...] que eu to com uma equipe que tem compromisso de trabalho, né, não vou dizer todos, mais a maioria, 90% tem compromisso com o trabalho (Inf. 6/grupo II).

Equipe maravilhosa, equipe. Do lado de fora todo mundo comprometido. Equipe. Sem essa equipe eu realmente [...] infelizmente, eu não trabalho sozinha. Eu **trabalho com equipe**. Se a equipe não prestar acaba o trabalho. Então a facilidade é ter uma **equipe comprometida**, uma **equipe boa** (Inf. 8/grupo II).

Dentre informantes do grupo de usuários, encontramos na fala do informante 23, convergência a este alcance da presença marcante da equipe.

O atendimento que é **agendado**, tem **as pessoas que ajudam**, colaboram os técnicos, o agente administrativo, o auxiliar de serviços gerais, né **a equipe em si** [...] (Inf. 23 / grupo III).

As falas convergem para a importância do apoio e da participação da equipe, para o trabalho do gerente. Sem a equipe “acabou o trabalho” [Informante 08]. Não referente ao envolvimento dos trabalhadores com a gerência, mas ao suporte que fornecem ao desempenhar seu papel [processo de trabalho] para o funcionamento da Unidade. Como a gerente vê-se com a responsabilidade da USF, tê-la funcionando é um alcance para ela, e, contando com uma equipe comprometida, que atua junto ao trabalho, facilita o andamento do programa.

Em saúde, não é possível seguir sozinho (MERHY; FRANCO, 2009), ninguém é suficiente em sua formação para dar conta das demandas que chegam ao serviço. A gerência sem a equipe não consolida a assistência, porque uma vive e sobrevive pela outra. Os

informantes reconhecem o valor do trabalho da equipe, e em PSF, quando a proposta se estrutura sobre esta premissa – trabalho em equipe - esta participação coletiva se torna mais evidente e necessária. Gerenciar sem equipe, ou uma equipe sem compromisso inviabilizaria o trabalho da gerente, limitando o processo de trabalho e o alcance dos resultados esperados.

Complementam estas falas os informantes 7 e 11, falando da boa vontade dos membros da equipe, da disponibilidade e da demanda de usuários que não está elevada.

A facilidade é a **boa vontade**, sabe, a **disponibilidade** de fazer algo que você tem como meta, que você tem como propósito, é isso pra mim já é assim, já é 70% do avanço [...]. Então, a gente tem muito aqui de positivo é a **disponibilidade**, né. A gente tem **um grupo** muito assim, eu não encontro resistência com nenhum funcionário, se falar assim, ‘Ó gente, vai precisar fazer isso aqui amanhã’, **todo mundo chega junto**, entendeu (Inf. 7/grupo II).

A **equipe que colabora** é uma facilidade, a **demandas que eu não tenho tão elevada** é uma outra facilidade, a gente trabalha em torno de 800 famílias. A **médica** que em relação a assistência ajuda muito. **As meninas também com a triagem** me ajudam muito, não me sobrecarrega em relação a essa demanda. Porque no caso é a **demandas**, mas como consequência de uma médica que ta presente que me ajuda e como consequência de técnicas de enfermagem que fazem uma triagem legal que colabora também (Inf. 11/grupo II).

Uma equipe que colabora, que “chega junto”, que realiza com a gerente o que está proposto para ser executado. É algo bastante positivo para o trabalho no PSF, pois o comprometimento da equipe é necessário à efetivação da assistência. Além disso, complementando as falas anteriores, a informante 1 fala da boa vontade de alguns gerentes de fazerem mais do que as condições lhe oferecem, “até com recursos próprios”, ou em parceria com a universidade, saem “de trás da mesa”, e correm atrás das “coisas” para a realização da atividade.

[...] a **boa vontade mesmo do gerente**, daquele profissional de fazer alguma coisa às vezes até com recurso próprio mesmo, como a gente teve algumas equipes que em parceria com as universidades que a gente tem campo de estágio, e aí eles planejam, programam alguns eventos, como feiras de saúde, e às vezes, em algumas vezes é mais com recurso deles mesmos, recurso próprio, né, é essa **boa vontade**, essa **vontade de fazer alguma coisa** por esses gerentes, então eles às vezes com recurso próprio mesmo eles não ficam parados, aí eles vão e tentam desenvolver as suas atividades, também na medida do possível, né, mas assim, **tem muitos com boa vontade sim de fazer um bom trabalho**, de oferecer um bom trabalho pra comunidade [...] a facilidade **seria a boa vontade de alguns**, outros não, outros só fazem realmente o que vem da secretaria, se mandou faz, se não mandou não faz, cruza os braços e espera, mas **alguns, né tem aquela boa vontade de correr atrás de algumas coisas, ir além ir além de ficar atrás de uma mesa na unidade**, eles vem, eles articulam, né com a própria universidade que tem parceria com a gente, ou com a própria secretaria, eles correm atrás (Inf. 1/grupo I).

Ainda de forma complementar, encontramos na observação 2, um exemplo de disponibilidade e participação da equipe.

A gerente encontrava-se pela manhã na sala de marcação em companhia do oficial administrativo, do dentista, da agente administrativa. Também havia alguns agentes comunitários os quais organizavam fichas A e prontuários. Nesta mesma sala funciona arquivo, farmácia, marcação e gerência. A enfermeira/gerente estava sem atendimento porque havia estudantes da FTC em estágio supervisionado com o professor articulador que assumiu o agendamento de Saúde da Criança neste dia de observação. A médica havia saído para fazer visitas domiciliares na companhia de um agente comunitário a pé, pois não havia transporte. Uma técnica de enfermagem estava na sala de procedimentos e a outra na sala de vacina. **As funções são bem divididas entre os membros da equipe de forma que, no momento da observação a gerente estava tranqüila sem maiores atividades.** Chegou um adolescente para perguntar informação acerca do agendamento do dentista e o **próprio profissional o informou** que retornasse no dia seguinte pela manhã que a ACD estaria agendando, pois neste dia ele estava retornando de férias e organizando o material existente. **Todos da equipe mostraram-se aptos a prestar informações aos usuários** (Obs. 2).

Vemos o reconhecimento e a importância do trabalho da equipe no PSF, feito por uma “boa equipe”. A gerente aponta essa participação como favorável ao seu trabalho, tendo em vista que, ela é quem avalia, acompanha o funcionamento da Unidade, e, estando em uma equipe comprometida e envolvida com o PSF, favorece o alcance das metas propostas.

Este alcance identificado nas falas dos depoentes associa-se a outro, que traz a gerência como algo próprio, inerente à enfermeira, natural, mecânico, o que, de acordo com as falas torna o processo mais fácil para ser executado. Mesmo quando a gerente não gosta de atuar na coordenação, afirma que tem facilidade para desenvolvê-la e isto se aproxima das questões relacionadas à formação profissional, discutidas anteriormente.

[...] é uma coisa que acontece que eu acho que **já é mecânico, é uma coisa que eu acho assim muito natural**, entendeu? Assim, quem é já de PSF não sei, ou já tava acostumado, uma coisa que eu acho que acaba contribuindo já no andamento, porque até **a parte mesmo que a gente é enfermeira**, mesmo que não fosse gerente você já teria essa parte organizacional, né isso? (Inf. 10 / grupo II).

[...] apesar de não gostar da parte gerencial, de coordenação, mas eu acho que **eu tenho uma facilidade pra isso, então isso que me facilita**, [...] eu tenho uma facilidade pra relacionamento às vezes não aparenta, né, mas eu tenho [...] (Inf. 13 / grupo II).

É próprio da enfermeira, mesmo se não estivesse na gerência, ainda assim estaria gerenciando. A atuação da enfermeira tem gerência, aonde quer que esteja trabalhando. Há também a facilidade de relacionamento, que a informante 13 [gerente] aponta como algo que contribui com a gerência. Há uma articulação todo o tempo entre gerente, a equipe, usuários e gestores, portanto, ter facilidade para relacionar-se com os outros é um atributo que denota avanço no PSF, bem como o diálogo, que foi pontuado pela informante 3 [grupo de gestores], que vê “muito fácil” o diálogo com as equipes. Pontua também que as enfermeiras chegam preparadas para a gerência e conseguem caminhar com seus “próprios pés”.

[...] **as enfermeiras elas estão preparadas**, parece que já saem da universidade já saem da escola pra isso, então **elas tem assim uma facilidade muito grande de ta caminhando até pelos próprios pés**, né seguindo a trajetória delas e buscando às vezes informações com a gente. Então a gente vê a **facilidade de diálogo, eu vejo muito fácil o diálogo com as equipes**, isso ajuda o diálogo é importantíssimo, né (Inf. 3 / grupo I).

O diálogo é uma ferramenta indispensável para o convívio em grupo. Saber utilizar este instrumento habilita a gerente a um relacionamento sincero, dinâmico, produtivo e empreendedor com a equipe.

Naturalmente, os usuários tendem a enxergar a enfermeira como aquela que atende, acompanha crianças, gestantes, idosos. Considerá-la numa perspectiva gerencial e cooperar com ela é um avanço identificado nas falas dos informantes 20 e 21, apontando como fundamental o apoio da comunidade à gerente da Unidade. A gerente é vista como “mais que uma mãe”.

[...] **o que ela puder fazer ela faz**. [...] Ela como chefe aqui é uma ótima pessoa, a gente aqui da comunidade gosta dela. Tem ela de coração que **ela é mais que uma mãe pra gente** aqui **ela num é uma chefe é uma mãe**, é uma guerreira, ela merece mais do que isso. Ela merece mais do que isso. De facilidade o **apoio da comunidade**, porque se não fosse o povo, **se o povo não gostasse dela e ela não gostasse do povão ela não tava aqui** (Inf. 20 / grupo III).

A facilidade é **a forma da comunidade aceitar ela** e tá ajudando ela [...] a comunidade **ajuda amigavelmente**, é amigo dela, **compreende, respeita as ordens**, as autoridades que ela passa, isso eu acho que a comunidade ajuda nesse sentido. (Inf. 21 / grupo III).

A comunidade tem um poder e deve exercê-lo por meio do controle social, num espaço de democracia, diálogos, discussões e consensos. Ela é quem pode rejeitar ou aceitar o trabalho que está sendo desenvolvido, porque é para ela e por ela que o PSF veio a ser implementado naquela área. O usuário é [ou pelo menos deveria ser] o centro da assistência. Quando o informante (20) diz “se o povo não gostasse dela e ela não gostasse do povão ela não tava mais aqui”, expressa esse poder de intervenção que a comunidade possui.

Não há relatos dessa intervenção na prática, ou melhor, nenhuma gerente em Saúde da família, está ou deixou de estar atualmente no PSF em Jequié, pela intervenção da comunidade, pelo contrário, normalmente o que vemos é que, a gerente, “o que ela puder fazer ela faz”, como encontramos na mesma fala para satisfazer a comunidade e permanecer. Não significa que o trabalho está de acordo com o que deva ser realizado, mas significa que, ela se “desdobra” para fazer o que puder ser feito naquela comunidade.

A dedicação é para corresponder às exigências da comunidade. Mais do que uma gerência, uma maternidade. E o usuário identifica este empenho da gerente na Unidade. É

mais uma vez, a comprovação da associação inevitável entre a enfermagem e a gerência, e a habilidade maternal sobressaindo às atitudes da gerente.

Por fim, identificamos o empenho da coordenação [Departamento de Assistência] à equipe de Saúde da Família, surgiu como uma facilidade, o apoio como algo extremamente importante, associado à escuta da gerente, que confere uma segurança e uma sensação de que não se está sozinho.

Eu acho que a maior facilidade atualmente é o **empenho da coordenação**, entendeu? A coordenação ela tem, assim, **ela tem ouvido**, e o ouvir já é importante pra nós, a coordenação da Atenção Básica. Tanto o coordenador como a diretora, né **eles tem esse olhar pra gente**, que eu acho que é uma coisa extremamente importante, porque mesmo que não se possa resolver no ato, mas assim, **eles procuram ouvir a gente**, muitas vezes saem da própria secretaria, pra nos ajudar dentro da unidade (Inf. 12 / grupo II).

Ouvir a gerente é um grande avanço para o processo de trabalho gerencial. Na unidade, em sua prática, a gerente precisa ouvir tantas pessoas, dentre usuários e membros da equipe, e até mesmo ouvir a própria gestão, as direções, orientações. Mas, se não for ouvida, fica muito complicado o processo de trabalho. Ainda que ouvi-la não garanta a resolução do que se pretendeu com o diálogo, alivia, divide um pouco do peso que a sua responsabilidade traz.

Podemos perceber que, há uma intenção positiva sobre gerência no PSF. Os envolvidos, gerentes, gestores, usuários, em seus espaços constituídos têm buscado o funcionamento das USF de forma adequada. Contudo, ainda há muitos obstáculos a serem superados, principalmente se considerarmos a necessidade e importância de uma gerência participativa e desburocratizada que estamos defendendo.

Além disso, acreditamos que a gerente deva estar motivada o suficiente para que a equipe não esmoreça e o trabalho venha a ser prejudicado. Falemos dos *limites*. Os limites que surgem no processo de trabalho gerencial podem favorecer frustrações e tornar a sua prática com pouca resolutividade, enfadonha, repetitiva e sem perspectivas.

Os limites no processo de trabalho gerencial estão relacionados com: escassez de insumos/materiais e medicações; dificuldade para manutenção dos equipamentos; dificuldade para marcação de exames; excesso de burocracia; falta de intersetorialidade. Todas as questões pontuadas referem-se ao funcionamento da máquina administrativa e refletem direta ou indiretamente sobre a assistência como identificamos nas falas dos informantes 4, 6, 7 e 8.

[...] o carma da gente aqui é duas coisas: **medicação que falta** [...] e eu acho que se tivesse **manutenção se gastaria menos com várias coisas** e sobraria pra fazer outras que a gente pede e não tem. [...] Outra coisa é com **a questão do transporte, porque não tem transporte**. [...] Então, **eu faço andando**. Tem coisas que infelizmente a gente não consegue fazer e deixa **a gente com um sentimento de impotência enorme** (Inf. 4/grupo II).

[...] a dificuldade é a **gente não poder resolver os problemas** que a gente poderia resolver na própria unidade, é a **marcação de exames**, é a unidade que precisa de uma **pintura**, é **aparelho que precisa de conserto**, a **falta de manutenção dos aparelhos**, a dificuldade maior na parte gerencial na unidade é essa **a parte burocrática que não tem manutenção de aparelho**, não tem **limpeza** da unidade, uma pintura da unidade, a **reforma** da unidade (Inf. 6/grupo II).

É a **questão material** né, tem muita coisa que a gente precisa material que não depende só da gente, né, existe terceiros por trás né, tem **a questão administrativa**, [...] Quando **a gente depende de algo que não esteja em nosso alcance**. Um exemplo é a questão material, entendeu? **É recurso**. Coisas que demandam de **recurso**. [...] isso não depende da gente, e isso **o serviço vai ficar o que? Deficiente** (Inf. 7/grupo II).

As dificuldades é que **falta tudo**. As condições de trabalho né, as minhas dificuldades são as **condições de trabalho**. Depende da gestão, não depende da equipe, **depende da gestão**. Porque se é um **medicamento** que falta né, se é um **material** que falta né, se é um **profissional** que falta [...]. Porque tem coisa que você **quer resolver e não tem como resolver** (Inf. 8/grupo II).

Além de estarem vinculados ao funcionamento da Unidade, todos os limites apontados referem-se a problemas intimamente relacionados a um nível hierárquico acima do poder de atuação da gerente, e interferem na prática gerencial, repercutindo, sensivelmente na assistência. A depoente 4 relata uma sensação de “impotência muito grande”, porque gostaria de “fazer”, mas não consegue.

Miranda (2007) fala como se de um lado estivesse a população com suas necessidades de saúde e, de outro, os gestores com recursos financeiros, humanos e materiais, insuficientes para suprir a demanda em quantidade e qualidade de atendimento. Não afirmamos aqui a insuficiência dos recursos, mas analisamos a ausência e a morosidade com que as questões são resolvidas na gerência no PSF, quando estão relacionadas à uma instância superior à unidade.

São situações que não deveriam estar na instância da gerência em Saúde da Família, pois não dependem da atuação gerencial, porém limitam o desempenho da gerência. Embora, vale ressaltar, que todas as questões trazidas pelos informantes, abordam a perspectiva das ações administrativas de ausência de carro, de pintura da sala, de falta de alguns materiais. São as situações que de fato, estão sendo realizadas na gerência [acima de planejamento, avaliação, supervisão, organização], e, são as que ocupam o fazer do gerente. Ocupa, mas por outro lado, ele não consegue resolver. É uma situação bastante complicada para a gerente.

Informantes do grupo de gestores falam sobre esta dificuldade de material, falta de condição para o trabalho, e, ressalta a falta de prioridade que é dada à Atenção Básica, algumas vezes, complementando as dificuldades já ditas pelos gerentes.

[...] **a gente ta tendo falta de muita coisa, falta algumas coisas do dia-a-dia** mesmo de trabalho, **ta faltando condições** às vezes mínimas de trabalho. Então assim, a gente tem boa vontade pra fazer as coisas acontecerem, **mas a dificuldade maior é com relação a estrutura mesmo** [...] então a gente vai fazendo o que pode com as pessoas que a gente tem, **mas é muito pouco pra muito serviço, pra muito trabalho** [...]. Reflete na gerência porque você aí não tem como dar um suporte pra essas equipes, a **gente faz o que pode, né é o tempo todo apagando incêndio mesmo, correndo atrás, mas nem sempre, não tem jeito** (Inf. 1/grupo I).

E o que a gente vê que às vezes **não é o de interesse**, porque a atenção básica não é uma coisa que dá resolutividade rápida, então isso pra gestor não é bonito, bonito é concluir um PA [PRONTO ATENDIMENTO] onde tem um fluxo, e esse fluxo tem uma rotatividade o tempo todo. Porque quando você pega uma criança desnutrida e você consegue botar ela no peso normal leva um tempo, então isso até ser embutido na própria população é uma dificuldade. [...] A gente deixou muito a desejar porque **algumas compras não foram feitas**, [...] a gente teve um olhar todo voltado pra **apagar incêndio**, a gente não teve como fazer a estratégia do jeito que ela é [...] (Inf. 2/grupo I).

Os limites na gerência interferem na assistência e interrompem a continuidade do trabalho. Esta (des) continuidade na aquisição do material/insumos interrompe o fluxo da assistência e faz com que gestores e gerentes não tenham como se programar para atender aos usuários, ficando, como relatou o depoente “a apagar incêndios” e descaracterizando o Programa Saúde da Família. Tanto gestores ficam apagando incêndio, como gerentes na Unidade, sem a possibilidade para o serviço.

Miranda (2007, p. 81) diz do gerente que, se “não definir o caminho que deseja seguir, ficará paralisado, apenas ‘apagando fogo’ entre o olhar técnico e o de sonhador, na esperança de um dia vislumbrar um outro cenário, ou apenas como tarefeiro ou executor ‘dos pacotes de serviços’, vindos de cima para baixo, o que muitas vezes, não responde às necessidades da realidade local”.

Não pela falta de um caminho apenas, mas pelas condições de trabalho relacionadas, a gerente fica assim, como uma executora de tarefas, e diria mais, “preenchedora de papéis”, sem, contudo evoluir na implementação do programa e na configuração de uma remodelagem no sistema.

A análise do Relatório da V Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2007 (Doc. 04), apontou vários problemas vivenciados na saúde de Jequié, incluindo nas ESF, que aqui chamaremos de limites à gerência, pela proximidade com os relatos dos informantes. Quando foi discutido o eixo três – *Situação de saúde: acesso e integralidade*, os presentes

colocaram os seguintes problemas, dentre outros: dificuldade de marcação de exames, baixa cobertura de PSF, falta de medicação da Farmácia Básica, insuficiência das equipes de Saúde Bucal, assistência domiciliar ineficaz.

No eixo 4 – *Gestão e Políticas integradas* foram discutidas, dentre outras questões: falta de infra-estrutura e materiais das Unidades para atuação profissional (Doc. 04). Todos esses problemas foram discutidos e, em seguida, foram levantadas propostas para enfrentamento, mas como vimos, esses problemas permanecem atualmente, como limites na prática gerencial do Saúde da Família.

São dificuldades da gestão que implicam em providências, compras de material, licitações, planejamento e programação da Secretaria Municipal de Saúde. Não tem relação direta com a gerência que está no PSF, contudo, a ausência dessas providências, ou as dificuldades que estes outros setores enfrentam, está refletindo sobre o processo de trabalho das ESF, e, conseqüentemente, dificultando a atuação da gerente e uma assistência de qualidade.

Diferindo dessas dificuldades apontadas, foram citados limites relacionados aos recursos humanos, que também interferem na prática gerencial, como, lidar com as diferenças, coordenar toda a equipe.

[...] em falar do RH, que **o RH é uma coisa muito difícil**, você **lidar com o outro é difícil**, e na rede a gente tem profissionais que não dá problema nenhum, e já temos outros que são de difícil acesso de ter uma dificuldade de Rh aquela coisa toda, mas isso a gente não tem como mudar, né! É a gente se adaptar e respeitar a diferença do outro [...] (Inf. 2/grupo I).

O informante 19 também traz essa abordagem complementando a idéia acima e apontando a dificuldade que há em coordenar todo mundo.

Ah, é de **coordenar todo mundo**, acho difícil, é porque tem que liderar todo mundo ali dentro né, **lidar com gente não é fácil**, verdade, mas é muito importante [...] (Inf. 19 / grupo III).

Em qualquer organização, contar com um grupo coeso e sem atritos é um dos maiores desafios, porque as pessoas são diferentes. Nesse estudo, ao tempo em que encontramos a questão da “equipe boa” como um alcance, há os que referem dificuldades para lidar/liderar todos. É uma mesma questão com duas dobradas, nas quais, por um lado encontramos uma equipe superando os desafios e convivendo de forma harmoniosa (o que não significa que não haja conflitos e ajustes a serem feitos internamente), e por outro, a dificuldade para lidar com as diferenças suplantando a efetivação da prática gerencial.

Requer a utilização de habilidades como escuta, poder de negociação, saber esperar o tempo de cada um e ter tempo para resolver as questões que surgem no dia-a-dia da Unidade. O trabalho em equipe veio na saúde para responder a uma necessidade de suplantar a fragmentação que as especialidades ocasionaram, além de, mais uma vez, intervir sobre os modos de divisão do trabalho e a rigidez das regras, herdadas das teorias clássicas da Administração.

No entanto, as equipes ainda precisam ser melhores preparadas para lidar com as diferenças e enfrentamentos que surgem, a fim de que estes, não se tornem um limite que inviabilize a atuação de todo o grupo. E mais do que estarem juntos, o trabalho em equipe requer cooperação, integração para alcançar a integralidade na assistência (PEDUZZI, 2009).

Ainda foram pontuadas como limites, pelos informantes 5 e 12, a ausência de intersetorialidade na saúde e a falta de apoio, a falta de comunicação entre os setores e a departamentalização na Secretaria de Saúde.

A minha maior dificuldade é a questão do **apoio** que a gente tem que ter para ser gerente. [...] A questão de **intersectorialidade que não existe ainda**. Ela pode até existir, mas ela não é pra mim ainda bem instalada. A gente **não encontra apoio** quando precisa, às vezes é muito difícil, [...] a gente precisa de um setor vai pra aquele setor e não é aqui, **não consegue aqui, aí pula pra outro**, a gente fica pulando de galho em galho, e o pior, se chegasse lá no topo da árvore a gente conseguisse ótimo valeu a pena sair pulando tanto, mas às vezes **a gente pula muito e volta sem uma resposta pra comunidade**. [...] Agora, quando eu preciso de outros setores fora da saúde são mais fáceis, são muito mais fáceis. [...] Quando a gente procura fora da saúde eu acredito que é mais rápido e **acaba frustrando mais ainda, é uma frustração incrível** (Inf. 5/grupo II).

De dificuldade eu acho que a **burocracia** existe em todo departamento, todos os estabelecimentos de saúde, seja privado seja do público, existe a burocracia, né? E essa burocracia, muitas vezes, impede mesmo da gente resolver as questões [...] que precisam ser resolvidas na semana, que não tem como esperar. **A burocracia, a falta de comunicação** [...] **é a falta de intersetorialidade** com os outros setores da secretaria. Assim, eu vejo a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ainda muito **departamentalizada**. Não existe aquela integração maior com a Atenção Básica, como se fosse uma outra coisa [...] essa é uma das dificuldades, ausência dessa comunicação dos departamentos, dessa **diminuição de comunicação entre os setores** (Inf. 12 / grupo II).

A informante 5 pontua a íntima relação existente entre a assistência e a gerência e traz a necessidade que tem dos setores da secretaria e da comunicação entre eles (intersectorialidade). É um dos grandes desafios não só do PSF, mas do SUS como um todo. O sistema de saúde se estruturou em departamentos, se fragmentou em “caixas”, visando uma lógica organizacional, entretanto, não estabeleceu um meio eficaz de comunicação entre eles.

Trazem também a presença da burocracia como um entrave ao processo de trabalho, porque impede a gerente de resolver as questões. A burocracia amplia distâncias e retarda o

processo. Na saúde deveria haver um mecanismo mais prático para as providências, considerando a micropolítica do trabalho vivo em ato, há determinadas situações de saúde-doença que não podem esperar.

Como em Saúde da Família não lidamos diretamente com risco eminente de morte, preserva-se toda uma burocracia para a realização das atividades. Esquecendo-se, porém, como diria Campos (1994) da defesa da vida do cidadão, que deveria estar sendo priorizada em cada ação, cada decisão, cada organização do processo de trabalho.

A gerente da Unidade que precisa manter contato com o Departamento de Assistência, é solicitada pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária, por exemplo, e por aí segue uma série de relações que ela tem que fazer, mas que não se efetiva entre si. E há um aspecto relevante dito pela informante 12, não existe integração maior com a Atenção Básica, “como se fosse uma outra coisa”.

Falta uma integração maior com a Atenção Básica e com os serviços que são oferecidos por meio dela. A não priorização da Atenção Básica é um limite que se apresenta no processo de trabalho no PSF (não só gerencial, mas como um todo), porque ela deveria ser a porta de entrada do sistema. Se não há prioridade, não nos resta muito a fazer.

E por fim, emergiu como um limite no processo de trabalho gerencial a sobrecarga vivenciada pelo gerente, que gera acúmulo de problemas, falta de tempo, para atender a tantas solicitações da gestão, a dependência da equipe em relação à gerente e a falta de continuidade na gerência para além da Unidade.

As dificuldades é justamente **a questão do tempo**. Às vezes a gente, tá tão assim, a gente é tão solicitado, às chega assim: “relação de material permanente, a gente tá precisando de busca de, como chegou agora, busca de pacientes que tão com anemia falciforme”. As solicitações são, às vezes têm período quem vêm assim uma atrás da outra que a gente acaba se **sobrecarregando** (Inf. 11/grupo II).

[...] Como dificuldade, o que chega a pegar um pouquinho é a **sobrecarga de trabalho** né, acaba digamos você sendo o **centro das atenções**, logicamente que todos os problemas vão vir pra ser resolvidos neste âmbito, e às vezes **problemas chegam a acumular, chega um dia que todos esses problema chegam pra você e você tem que ser ágil** e não só com o processo de gerência, como processo de assistência que já tem pra você dar conta. Então, você chega tendo um **niveozinho de stress**, mas a gerência em si você fica responsável por tudo o que acontece na unidade, **de bom é sua culpa e ruim também você é culpado** (Inf. 9/grupo II).

As dificuldades que eu enfrento como gerente é **conciliar a gerência e a assistência**. Isso falando de gerência interna aqui dentro do muro da estratégia saúde da família. Porque se for falar de facilidade e dificuldade extramuro, né a gente vai encontrar aí uma gama imensa de dificuldade e às vezes de facilidade também. [...] você não tem a **continuidade da gerência**, então é difícil você é quer queira quer não [...] por mais que a coisa seja democrática, **você tem que ter uma carta branca pra trabalhar senão você não consegue trabalhar** (Inf. 13 / grupo II).

Podemos em resumo dizer que, quanto aos modos de gerenciar serviço, em Saúde da Família, em muito já nos distanciamos do Taylorismo. Encontramos vestígios ou atitudes de gerência centralizadora, mas o formato rígido com um núcleo duro, inflexível não foi típico da Administração Científica, este modelo já não é identificado no PSF. O que ainda impregna o processo de trabalho da gerente é a burocracia, o excesso de papéis e a quantidade de tarefas de ordem administrativas das quais ela se ocupa, por vezes, não resolve e experimenta a sensação de impotência referida na análise.

Um caminho está sendo trilhado; desafios a serem vencidos; alcances a serem comemorados e limites a serem suplantados. Consideramos a boa vontade das equipes e a disponibilidade de gerentes e gestores para a realização do PSF. E, além disso, a necessidade dos usuários dos serviços, que deveriam estar mais atuantes participando da construção do trabalho na sua área de abrangência, para que possamos contemplar uma (re) modelagem no modelo de atenção à saúde e novos rumos ao Saúde da Família, com modos de gerenciar, compatíveis com o nível de excelência do Programa.

CAPÍTULO VII

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma de nossos corpos e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos".

(Fernando Pessoa)

7 REFLEXÕES FINAIS

A sociedade brasileira experimentou diversas mudanças nas últimas décadas, dentre as quais, lembramos as que mobilizaram as políticas públicas no âmbito da saúde, apregoando conceitos alicerçados em uma política humanizada, universal e igualitária, que prevêm a efetivação do acesso ao serviço, da integralidade e resolutividade na assistência, além da garantia da participação popular na organização das práticas de saúde.

Estivemos tratando de assunto relacionado ao Programa Saúde da Família, e, quando nos reportamos a este, estamos falando de avanços de uma proposta para a Atenção Básica. Mesmo diante dos entraves para a sua consolidação, que perpassam por questões relacionadas a financiamento, recursos humanos, formação e contratação dos trabalhadores, e outras, o PSF tem sido considerado uma significativa estratégia para a (re) modelagem da porta de entrada do usuário ao sistema.

Sabemos que, desde sua implantação (1994), muito se caminhou em busca de melhorias e adequações para a implantação de um modelo de atenção, capaz de reverter o quadro de inoperância existente no Brasil quanto aos serviços básicos. A sua conformação trouxe vários desafios, incluindo os relacionados aos modos de gerência do processo de trabalho, em uma perspectiva que favorecesse a efetivação dos princípios do SUS.

Os sistemas administrativos em saúde, segundo Campos (1994), contribuem para a preservação de uma situação iníqua e intolerável para todos aqueles que acreditam na justiça social e no progresso. Portanto, em uma nova forma de oferecer serviços de saúde [PSF], com perspectiva de trabalho em equipe e usuário-centrada, tem sido necessária, uma nova maneira de gerenciar o serviço.

Analisamos neste estudo, o processo de trabalho na prática gerencial do PSF, com o objetivo de **descrever** as atividades gerenciais desenvolvidas no PSF, e, **identificar** as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial do PSF. Vimos nesta análise suas características, composição, instrumentos e estratégias. A compreensão desse processo nos proporcionou uma aproximação com uma realidade vivenciada por gerentes, gestores e usuários, que envolvidos, direta ou indiretamente, compõem um cenário de mudanças, perspectivas e (re) construções em Saúde da Família.

Ainda não foi pensado um sistema gerencial para o PSF, mas considerando a estrutura do programa, acreditamos que uma gerência compartilhada entre os membros da equipe, com divisão não apenas de tarefas, mas também de responsabilidades (co-responsabilidade), com

autonomia para tomada de decisões e organização interna de acordo com as demandas da comunidade, coadune com o que se espera do PSF, aproximando os membros da equipe para a participação e, incluindo os usuários na construção do planejamento e execução das ações.

A ausência de padronização na gerência, e as especificidades de cada equipe e área de atuação, geraram certa singularidade no processo de trabalho gerencial, sendo possível encontrar diversas situações no PSF em Jequié: gerência mais democrática; gerência mais centralizadora; gerência bastante organizada com tarefas distribuídas em dias e horários; gerência que é feita a cada dia como um dia novo, com enfrentamento de problemas, que vão surgindo.

Entretanto, de forma geral, foi possível identificar que, no PSF em Jequié, há uma relação *automática* da gerência com a enfermeira, que por sua vez, ocupa um *cargo comissionado* de livre nomeação do gestor municipal e é feita paralela às ações *assistenciais na Unidade*. Acreditamos que estes fatores interferem sensivelmente na gerência e a delineiam, tanto na sua operacionalização, como na manipulação e insegurança que o cargo/indicação pode proporcionar.

Vimos uma estreita ligação entre a gerência que é desenvolvida na USF, com a gestão, situada na Secretaria Municipal de Saúde, que dá a direção a ser seguida pela enfermeira na Unidade, como se houvesse uma linha vertical, pela qual trafega o fluxo da organização do processo gerencial. Deste modo, há tanto uma centralização da gerência na enfermeira da Unidade [com relação à responsabilidade pelo trabalho da equipe], como uma centralização do processo pela Secretaria de Saúde [com relação à tomada de decisões e condução].

Vimos também que a gerência de Unidades de Saúde da Família se constitui em um espaço conquistado pela enfermeira, e por isso, acreditamos que deva ser aproveitado de uma melhor forma, a partir de uma nova compreensão do processo de trabalho gerencial e uma adequação para uma gerência mais participativa, voltada à implementação de ações que gerem como resultados a produção do cuidado na área de abrangência da USF.

Villas Bôas, Andrade e Timóteo (2008) abordam a forma multidimensional do trabalho da enfermeira, e, a necessidade de um redimensionamento deste para atender aos novos arranjos e desenhos que os diferentes processos de trabalho no SUS proporcionam. A prática gerencial da enfermagem deve ser contextualizada e reorientada para corresponder às exigências atuais do processo de trabalho, e aqui incluimos os espaços da USF.

A enfermeira detém conhecimentos e habilidades, dada a sua formação, para atuar como gerente. Gosta e quer ser gerente, consegue estabelecer vínculos com a comunidade, media a relação equipe-secretaria-usuário, atua junto ao Agente Comunitário de Saúde,

domina determinados conteúdos do processo de trabalho da equipe, que associados ao seu conhecimento de administração e trabalho coletivo, dão todo um suporte para estar à frente, em exercício da liderança.

Observamos uma sobrecarga no trabalho da enfermeira por dividir-se entre ações gerenciais e assistenciais. Há muitos conflitos margeando o trabalho gerencial, que, por vezes, geram a perda do foco pela gerente, que se encontra da seguinte maneira: de um lado os usuários do serviço (com suas necessidades e interesses, voltados à sua saúde); do outro, gestores (ávidos pelo cumprimento de normas e alcance de metas, com seus interesses, voltados à máquina administrativa).

Enquanto o usuário deseja o atendimento, o remédio, a consulta (e para isso a Unidade necessita da gerência), a Secretaria almeja a produção, os relatórios, as planilhas (e para isso a Unidade necessita da gerência). A enfermeira permanece no centro mediando as relações e buscando atender às exigências tanto de um lado como do outro, tendendo, muitas vezes, mais à gestão do que aos usuários (ponderando os prejuízos que o não cumprimento de algumas ações pode causar).

Embora no discurso, as gerentes se posicionem mais como assistência e informam ocupar mais tempo com esta função, na prática, atendem prontamente aos chamados da Secretaria e são designadas para cumprimento de prazos e alcance de metas e produtividade da equipe.

No processo de trabalho gerencial são utilizados instrumentos e estratégias de cunho não-materiais, que perpassam pelas tecnologias leves (relações) e leveduras (saberes), mais do que tecnologias duras. A gerente precisa saber ouvir, ter humildade, considerar cada caso e, utilizar a “mente” para desenvolver o seu trabalho. A prática gerencial requer essa habilidade de relações e conhecimentos.

Diante do exposto, acreditamos que estas questões devem ser consideradas no perfil do trabalhador que ocupa este cargo. E além do mais, a Secretaria Municipal de Saúde pode estar desenvolvendo treinamentos, capacitações para o desenvolvimento de habilidades, com vistas ao fortalecimento da gerência em Saúde da Família.

Quanto às atividades gerenciais, das quais a enfermeira gerente mais se ocupa, vimos que estão relacionadas à preenchimento de relatórios, cadernos/livros, acompanhamento dos funcionários (faltas, férias, folgas), voltadas ao controle e comando da Unidade. A sobrecarga com questões de ordem burocrática dificulta a execução tanto da gerência [no sentido de suas ações de planejamento, avaliação, supervisão, coordenação], como da assistência [no sentido

de estreitamento de consultas e diminuição do tempo com o usuário] para dar conta do trâmite burocrático.

Observamos uma subutilização do trabalho gerencial da enfermeira, na medida em que, esta permanece, por muito tempo, ocupada com questões burocráticas. As ferramentas de gestão – planejamento, avaliação, coordenação, supervisão –, que verdadeiramente poderiam impactar o serviço e direcionar a atuação da equipe, ficam armazenada, muitas vezes, pela dificuldade de articulação de tantas tarefas. A enfermeira vê-se sobrecarregada, mas não é só de gerência e assistência, é de tudo aquilo mais que ela tem assumido como seu papel, e que, na verdade, não diz respeito ao trabalho gerencial em si.

Um dos caminhos identificados para modificar o processo de trabalho gerencial, nos mais diversos trabalhos lidos e pesquisados é a implementação de uma gerência participativa, que integre a equipe não apenas nas atribuições, mas na responsabilidade, dividindo tarefas e compromisso com a Unidade e seu funcionamento. Nesse estudo, foi possível identificar vestígios de uma gerência participativa e democrática, mas não basta apenas a intenção da enfermeira, ou a “boa vontade da equipe”, faz-se necessário uma política institucional vinda da gestão, que assegure a participação dos membros da equipe na gerência da Unidade.

Enquanto a gestão só visualizar a enfermeira gerente, e a esta, se reportar para a organização, coordenação, planejamento e avaliação do processo, o trabalho gerencial coletivo não acontecerá. O olhar da gestão precisa ser ampliado sobre a gerência em Saúde da Família, para que contemple um processo de trabalho coletivo, identifique a enfermeira como uma trabalhadora componente da equipe, que apenas teria, como uma de suas atribuições, a condução do grupo, e não a responsabilidade total pelo sucesso ou fracasso do trabalho.

O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família precisa acontecer, e não simplesmente para o cumprimento de normas, preenchimento de papéis, mas para modificar realidades, promover saúde e prevenir os agravos, proporcionar a cura e a reabilitação (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, os usuários precisam estar mais participativos nas decisões da Unidade de Saúde e passarem a conhecer melhor o processo de trabalho da equipe e da gerência. Frequentar e/ou reativar as reuniões do Conselho Local de Saúde, fortalecendo o Controle Social na área de abrangência. Participar junto à equipe na organização, planejamento, avaliação, fazendo parte do contexto do programa e exercendo seu papel de cidadão e construtor do SUS, como assim assegura a nossa legislação.

Compreender o processo de trabalho gerencial nos coloca diante de alguns desafios, e o primeiro deles, pode ser chamado de *gerenciar com liderança*. Estamos sensibilizados

quanto à necessidade de mais do que enfermeiras-gerentes, e sim, enfermeiras-líderes, que motivem a equipe, mobilizem forças e determinação para a realização do trabalho. Enfermeiras que saibam manusear as ferramentas da articulação entre os diferentes atores, das relações e dos conflitos.

O segundo desafio seria a construção de uma *gerência centrada e não centralizada*, com responsabilização de todos, na qual a pessoa da gerente não significa aquela que decide, aquela que dá a última palavra, mas sim, aquela que em conjunto com a equipe, usuários e gestão conduz o processo para o alcance da resolutividade nas necessidades de saúde da população adscrita, edificando uma gerência mais coesa, forte e participativa.

Como bem disse Campos (1997, p. 235), em suas propostas de co-gestão, que sejam criados “mecanismos que permitam envolvimento de todos os participantes de uma equipe com a elaboração de novas maneiras de se fazer uma instituição funcionar”.

O terceiro desafio seria *romper com o tradicionalismo* que ainda impera nos modos de gerenciar os serviços de saúde. Transformar a gerência em um prazer, em uma tarefa agradável, não pesada, não sobrecarregada, nem um “malabarismo”, nem um “apagar de incêndios”, nem tampouco que necessite de “mágica” para acontecer. Que haja resultados, dedicação, para o cumprimento do intento de (re) organizar a Atenção Básica, pois, acreditamos que uma prática gerencial reestruturada tem potencial para isso.

Que sejam instituídos diálogos em Jequié sobre gerência, sobre modos de se fazer Saúde da Família, sobre Controle Social, sobre gestão. Que sejam discutidas maneiras de fazer com que o trabalho deixe de ser um peso e passe a ter visibilidade e bons frutos, tanto para a gerente, como para a equipe de saúde, a Secretaria e os usuários do serviço.

O quarto e último desafio, e talvez o mais difícil de ser superado, diz respeito à *fragilidade no vínculo empregatício* da gerente. Acreditamos que, a gestão deva considerar a importância da gerência em Saúde da Família e pensar em um modo de resolver o problema da fragilidade nas contratações, pois a que encontramos, permite uma gerência frágil e torna o trabalho vulnerável. Este desafio, talvez seja muito maior do que o próprio município possa resolver, pois perpassa pela estrutura do SUS, que não incluiu os seus trabalhadores em uma política de pessoal. Mas, estas questões podem e devem ser discutidas sim, para possivelmente serem resolvidas. Um pouco de boa vontade e bom senso, ajudará a elucidar a problemática e encontrar a solução.

Por fim, acreditamos que analisar o processo de trabalho gerencial nos colocou diante de um grande desafio, permeado de limitações, com implicações que extrapolam a área da Unidade de Saúde e a área de atuação da equipe, e se confrontam com questões político-

administrativas e modos de gestão/gerência já instituídos, muitas vezes, engessados, nos quais, falar de intersetorialidade, coletividade e co-responsabilidade, ainda são algo estranho.

O desafio está posto para as ESF, para a enfermagem (como a profissão diretamente relacionada à gerência), para gestores e para a população e não é tarefa fácil o seu enfrentamento. Contudo, acreditamos que a gerência, dada a sua importância e localização como atividade-meio, que tem ganhado visibilidade nas reformulações das práticas de saúde, passará a conviver com modelos mais participativos e democráticos, coincidindo com a proposta de (re) organização da assistência na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. A. A. R. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007, p. 111-22.

ALVES, V. L. de S. Competências Essenciais à Liderança na Enfermagem quanto ao Enfoque da Gestão de Pessoas. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (org) **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 75-3.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. de H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho** 3ª ed. Campinas: Boitempo, 2000.

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. **Censo 2000** – resultado do universo. Salvador: SEI, 2002.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Salvador-BA, 2008.

_____. Superintendência de Desenvolvimento Industrial e Comercial. **Distritos Industriais da Bahia**, Salvador-BA, 2010a.

_____. Diretoria de Informação em Saúde. **Diretorias Regionais de Saúde**. Salvador, 2010b. Disponível em: www.ba.gov.br/dis. Acesso em: 19 de maio de 2010b.

BACHELARD, G. A filosofia do não. 1967. In: BACHELARD, G. **Coleção Pensadores**. São Paulo: Abril, 1978.

BELLONI, I.; MAGALÃHES, H.; SOUSA, L. C. de. **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas: uma experiência em Educação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. **Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 60, n. 3, p. 312-6. Brasília: 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a12.pdf>> Acesso em: 12/02/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – NOB 1993.** Brasília-DF, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica – NOB 1996.** Brasília-DF, MS, 1996a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 196,** de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília – DF, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N°. 1882,** de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição, Brasília-DF, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília-DF: MS, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Caderno 1. Brasília-DF: MS, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: Instrumentos de Gestão em Saúde.** Brasília-DF, MS, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica.** N°. 10, ano II – jun., 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família – PSF.** Brasília-DF, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à saúde: Aprofundando a descentralização Com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM nº. 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar).** Brasília-DF, MS, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF 1.** Brasília-DF, 2001d.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES N° 3, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares para o Curso de Enfermagem. Brasília (DF), 2001e. (Doc. 01).

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do PSF 2**. Brasília-DF, 2001f.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES N° 4, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. Brasília (DF), 2001g.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de Fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares para o Curso de Odontologia. Brasília (DF), 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Série E: Legislação de Saúde. Série Pacto Pela Saúde, 2006. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 699/GM** de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: MS, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Série Pacto pela Saúde. v. 1, 2007. Brasília: MS, 2007b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES, 2010. Disponível em: < http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp >. Acesso em: 01/03/2010.

CAMPOS, G. W. de S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229 – 66.

CAMPOS, G. W. de S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. Caderno de Saúde Pública, v. 14, n. 4, p. 863-870. Rio de Janeiro: 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 12/02/2010.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 837-868.

CEFURIA. **O trabalho no capitalismo: alienação e desumanização**. Série História Social do Trabalho cad. 3. Escola de Formação Básica multiplicadora da Economia Popular Solidária, s/d.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração: abordagens prescritas e normativas da Administração**. v. 1, 6ª. ed. revista e atualizada. 11ª tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

CIRINO, M. das G. W. **O papel do gerente do PSF**. Saúde Digital. Revista Eletrônica da SMSA-PBH, n. 4, 2002. Disponível em: Disponível em: <www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/default.php>. Acesso em: 18/04/2009.

DANTAS, T. C. C.; TAHARA, A. T. S.; FERREIRA, S. L. **A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde**. Revista Baiana de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 57-65. Salvador: 2001. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/3842>>. Acesso em: 16/06/2010.

DEDECCA, E. **O nascimento das fábricas**. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 70. In: **ABRASCO: Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**, 1983.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura**. Revista Escola de Enfermagem da USP. v. 37. n. 2. p. 89-6. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/11.pdf>>. Acesso em: 08/02/2010.

FERNANDES, M. S. et. al. **A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração**. Revista Latino Americana. v. 11. n. 2. p. 161-7. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a04.pdf>>. Acesso em: 17/03/2010.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. F. Cartografia do trabalho do enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T. F.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (org). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 79-102.

FONTES, V. História e Verdade. In: CIAVATTA, M.; FRIGOTTO, G. (org). Teoria e Educação no Labirinto do Capital 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

FORTUNA, C. M. et. al. **Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão**. Saúde em Debate. v. 26. n. 62. p. 272-81. Rio de Janeiro, 2002.

FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde em Marília**. 1999. Tese (doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Tradução de Álvaro Valls. Porto Alegre: L & PM, 1987.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro**. Texto e Contexto Enfermagem. v. 18. n. 2. p. 258-65. Florianópolis, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08.pdf>>. Acesso em 15/05/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). História do município de Jequié. 1970. Jequié-BA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10/05/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO (IBGE). Censo Demográfico Brasileiro. 2009. Jequié-BA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10/05/2010.

JEQUIÉ. Câmara de Vereadores. **Lei nº. 1187/91**, em 02 de Janeiro de 1991.

_____, Prefeitura Municipal de Jequié. **Jequié: Síntese histórica e informativa**. Jequié-BA, 1992.

_____. Câmara de Vereadores. **Lei nº. 1.433/97**, em 24 de dezembro de 1997.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 01 do Conselho Municipal de Saúde, 29/08/1997.** Jequié, 1997. **(Doc. 5).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 22 do Conselho Municipal de Saúde, 28/07/1998.** Jequié, 1998. **(Doc. 6).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 23 do Conselho Municipal de Saúde, 04/08/1998.** Jequié, 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 32 do Conselho Municipal de Saúde, 20/01/1999.** Jequié, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 37 do Conselho Municipal de Saúde, 08/06/1999.** Jequié, 1999. **(Doc. 7).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 40 do Conselho Municipal de Saúde, 20/07/1999.** Jequié, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 41 do Conselho Municipal de Saúde, 20/08/1999.** Jequié, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata extraordinária nº. 50 do Conselho Municipal de Saúde, 04/04/2000.** Jequié, 2000. **(Doc. 8).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata extraordinária nº. 85 do Conselho Municipal de Saúde, 05/12/2001.** Jequié, 2001, **(Doc. 9).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Ata ordinária nº. 86 do Conselho Municipal de Saúde, 19/12/2001.** Jequié, 2001, **(Doc. 10).**

_____. Câmara de Vereadores. **Lei nº. 1.552/02,** em 4 de fevereiro de 2002. **(Doc. 2).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2003,** Jequié, 2004. **(Doc. 11).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2004,** Jequié, 2005. **(Doc. 12).**

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde, exercício 2006/2009**. Jequié, 2006a. **(Doc. 3)**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2005**, Jequié, 2006b. **(Doc. 13)**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da V Conferência Municipal de Saúde**. Jequié, 2007. **(Doc. 4)**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2006**, Jequié, 2007. **(Doc 14)**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2007**, Jequié, 2008. **(Doc. 15)**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2008**, Jequié, 2009. **(Doc. 16)**.

_____. Prefeitura Municipal de Jequié. **História de Jequié**. Site oficial da Prefeitura Municipal de Jequié. 2010. Disponível em: <<http://www.jequie.ba.gov.br/index.php>>. Acesso em: 10/05/2010.

KAWATA, L. S. et. al. **O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização das ferramentas da gestão**. Texto Contexto Enfermagem. v. 18. n. 2. p. 313-20. Florianópolis, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/15.pdf> >. Acesso em: 12/02/2010.

KONDER, L. **O que é Dialética**. 17 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

KURCGANT, P. et. al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: E.P.U., 1991.

LUNARDI, FILHO, W. D.; LEOPARDI, M T. **O Trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: 1999.

MAIA, T. **O Dialético**. 2006. Disponível em: <<http://www.odialetico.hpg.com.br>>. Acesso em: 15/02/2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, K. **O Capital: Crítica à economia política**. Habana, Cuba: Ciências Sociais, 1986.

MARX, L. C.; MORITA, L. C. **Manual de Gerenciamento de Enfermagem**. 2ª ed. revisada e atualizada. São Paulo: EPUB, 2003.

MATOS, E.; PIRES, D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enfermagem, v. 15, n. 3, p. 508-14. Florianópolis: 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf. Acesso em: 30/06/2009.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**. 6ª ed. 2ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cadernos Cefor, 1 - Série textos. São Paulo: centro de formação de trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido; a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

_____. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>>. Acesso em: 25/05/2009.

_____. Em busca do trabalho perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-111.

_____. Um dos Grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et. al. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 15 - 35.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 427-432.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 83 - 107, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, S. M. R. C. de. Gerenciamento da Unidade Básica de Saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, A. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. de. **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007, p. 81-110.

MISHIMA, S. M. et. al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, p. 137-56.

NASCIMENTO JUNIOR, A. F. **Fragmentos do Pensamento Dialético na História da Construção das Ciências da Natureza**. Ciência e Educação, v. 6, n. 2, p. 119-139, 2000. Disponível em: <<http://www.fc.unesp.br/fc/pos/reveduc.html>>. Acesso em: 15/02/2010.

NASCIMENTO, M. S. **Práticas da Enfermeira no Programa Saúde da Família: a interface da Vigilância da Saúde versus as Ações Programáticas em saúde**. 2003. 215 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Bahia, 2003.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro; Fiocruz, 2006, p. 295-315.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003a, p. 587-603.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003b, p. 567-585.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 419-26.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 320-28.

PESSOA, F. **Obra Poética**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1974.

PIRES, D. Organização do Trabalho na Saúde. In: LEOPARDI, M. T. et. al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC (org): Papa-livros, 1999, p. 25-81.

PIRES, V. M. M. M. **Integridade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Bahia, 2007.

PIRES, D. E. Divisão Social do Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** 2ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 125-30.

REZENDE, K. T. A. **O Processo de Gerência das Unidades de Saúde da Família; limites e possibilidades em sua construção**. 2007. 206 f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Ribeirão Preto, 2007.

RODRIGUES, V. P. **Treinamento introdutório das equipes de saúde da família: um instrumento de transformação de práxis?** 2004. 228 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, 2004.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. **O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicadas à enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem. v. 18, n. 2, p. 321-29. Florianópolis, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/16.pdf>>. Acesso em: 21/08/2010.

SAITO, R. X. de S. Programa Saúde da Família: gerenciamento com foco em consolidar um novo modelo de atenção. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (org). **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 265-82.

SANTOS, A. da S. **Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexão e conceitos importantes.** In: SANTOS, A. da S.; MIRANDA, M. R. C. de (orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri, SP: Manole, 2007, p. 1 - 39.

SCHNEIDER, D. R.; CASTRO, D. J. de. **Contribuições da Psicologia Existencialista para a Psicologia Social Crítica.** Cadernos de Psicologia, v. 8, n. 1, p. 140-45, 1994. Disponível em: < <http://www.psiclin.ufsc.br/Cadernos%20de%20Psicologia%208%20completo.doc>>. Acesso em: 13/05/2010.

SILVA, R. O. da. **Teorias da Administração.** 1ª ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

SILVA, J. M. da. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié-Bahia: a dialética entre a teoria e a prática.** 2006. 224 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana - Bahia, 2006.

SPAGNOL, C. A. **(Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 10, n. 1, p. 119-127, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf>>. Acesso em: 12/02/2010.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde: para gestores municipais de serviços de saúde.** Série Saúde e Cidadania. Fundação Petrópolis, São Paulo, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Iesus, v. 7 n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_2_sus.pdf>. Acesso em: 05/02/10.

TURATO, E. R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.** Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 14/04/2010.

VANDERLEI, M. I. G. **O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do estado do Maranhão** 2005. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto - São Paulo, 2005.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. **A concepção e prática de gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 443-53. 2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a21v12n2.pdf>>. Acesso em: 12/02/2010.

VILLAS BÔAS; L. M. de F. M.; ARAÚJO, M. B. de.; TIMÓTEO, R. P. de. **A Prática gerencial do Enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, n. 4, p. 1355 – 1360. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/33.pdf>>. Acesso em 17/03/2010.

XIMENES, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa** 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Edíouro, 2000.

WEIRICH, C. F. et. al. **O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde.** Revista Texto e Contexto Enfermagem. v. 18, n. 2, p. 249-57. Florianópolis: 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71411706007.pdf>>. Acesso em: 12/02/2010.

WITT, R. R. **Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária.** Rev. Gaúcha de Enfermagem, v. 13, n.1, p. 19-23. 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reflinks.php>>. Acesso em 24/05/2010.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade Gerencial do Enfermeiro. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (org) **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009, p. 41-59.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Enfª Lícia Marques Vidal

ORIENTADOR: Profº. Drº. Eduardo Nagib Boery

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE A)
GRUPO 01 – GESTORES

ENTREVISTA:

DATA: ____/____/2010

Início: _____

Término: _____

Código do entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A):

1.1 Idade: ____ anos

1.2 Sexo M () F ()

1.3 Formação: _____

1.4 pós-graduação: NÃO () SIM () Em que área: _____

1.5 Tempo de formação: _____

1.6 Local de trabalho: _____

1.7 Tempo de serviço: ____ anos

1.8 Tempo que atua como gestor: ____ anos

1.9 Recebeu treinamento para exercer a gestão nesta função? NÃO () SIM ()

2 O PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL DO PSF:

2.1 Compreensão/entendimento a respeito do processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família;

2.2 Critérios de escolha do gerente do PSF;

2.3 Atribuições estabelecidas para o gerente da ESF;

2.4 Recursos disponibilizados para o gerente desenvolver suas atividades no PSF;

2.5 Facilidades/dificuldades enfrentadas para subsidiar as ações gerenciais no PSF;

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Enfª Lícia Marques Vidal

ORIENTADOR: Profº. Drº. Eduardo Nagib Boery

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE B)
GRUPO 02 – GERENTES DO PSF

ENTREVISTA:

DATA: ____/____/2010

Início: _____

Término: _____

Código do entrevistado: _____

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A):

2.1 Idade: ____ anos

2.2 Sexo M () F ()

2.3 Formação: _____

2.4 pós-graduação: NÃO () SIM () Em que área: _____

2.5 Tempo de formação: _____

2.6 Local de trabalho: _____

2.7 Tempo de serviço: ____ anos

2.8 Tempo que atua na Estratégia de Saúde da Família: ____ anos

2.9 Tempo que atua na gerência: ____ anos

2.10 Tem outra função na Estratégia Saúde da Família além da gerência? NÃO () SIM ()
Qual? _____

2.11 Recebeu treinamento para exercer a gerência? NÃO () SIM ()

2 PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL DO PSF

2.1 Critérios de escolha utilizados para atuar como gerente no PSF;

2.2 Compreensão sobre o processo de trabalho na prática gerencial do PSF;

2.3 Finalidade de trabalho da prática gerencial no PSF;

2.4 Agentes envolvidos na prática gerencial no PSF;

2.5 Atividades desenvolvidas na prática gerencial no PSF;

2.6 instrumentos utilizados na prática gerencial no PSF;

2.7 Facilidades/dificuldades enfrentadas na prática gerencial no PSF;



APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES**

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Enf^a Lícia Marques Vidal

ORIENTADOR: Prof. Dr.º. Eduardo Nagib Boery

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA (APÊNDICE C)
GRUPO 03 – USUÁRIOS**

<p>ENTREVISTA: DATA: ____/____/2010 Início: _____ Término: _____ Código do entrevistado: _____</p>
--

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A):

1.1 Idade: ____ anos

1.2 Sexo M () F ()

1.3 Escolaridade: _____ Ocupação: _____

1.4 Tempo de residência na área de abrangência: ____ anos

1.5 Tempo de cadastramento na Unidade de Saúde da Família: ____ anos

1.6 Frequenta algum programa/serviço oferecido pela Unidade de Saúde da Família? NÃO
() SIM ()

Qual? _____

1.7 Participa de alguma associação ou conselho na área de abrangência? NÃO ()
SIM () Qual? _____

2 PROCESSO DE TRABALHO NA PRÁTICA GERENCIAL DO PSF

2.1 Entendimento sobre processo de trabalho na prática gerencial do PSF;

2.2 Atribuições do gerente no PSF;

2.3 Contribuições da prática gerencial para o funcionamento do PSF;

2.4 Instrumentos utilizados na prática gerencial no PSF;

2.5 Facilidades/dificuldades identificadas na prática gerencial no PSF;



APÊNDICE D

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES**

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: Enf^a Lícia Marques Vidal

ORIENTADOR: Prof. Dr.º. Eduardo Nagib Boery

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA (APÊNDICE D)

<p>OBSERVAÇÃO: DATA: ____/____/2010 Início: _____ Término: _____ Código da observação: _____</p>

1 CARACTERIZAÇÃO DA USF:

- 1.1 Tempo de funcionamento da Unidade: _____
- 1.2 Localização: _____
- 1.3 Cobertura das famílias (nº de famílias cadastradas, nº de pessoas cadastradas);
- 1.4 Composição da equipe (trabalhadores de saúde e pessoal de apoio);
- 1.5 Organização dos serviços: caracterização da demanda (priorização das necessidades e prioridades), sistema de referência e contra-referência, serviços oferecidos e seus horários de funcionamento, meios de divulgação e educação à saúde;
- 1.6 Gestão em saúde: negociação, pactuação e articulação intersetorial.

2 O PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

- 2.1 Tempo disponível para a gerência;
- 2.2 Envolvimento de mais atores sociais na gerência na ESF;
- 2.3 Diálogo entre gerente e equipe de saúde (conflitos, negociação, consensos e contradições);
- 2.4 Diálogo entre gerente e usuário (conflitos, negociação, consensos e contradições);
- 2.5 Diálogo entre gerente e gestores (conflitos, negociação, consensos e contradições);

3 Estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial do PSF

Responsabilidade: momentos de escuta e conversas entre gerente usuários/equipe/gestores. Intervenção resolutiva, co – participação da USF, ESF, usuário/ família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).

Resolubilidade: capacidade de resolver os problemas de saúde.

Cuidado integral: acolhimento (oferta de serviços às necessidades dos usuários e da equipe para fins de mudanças no modelo de atenção); vínculo (relações interpessoais e participação do gerente na solução dos problemas da unidade).

Saberes e Práticas normatizadas pelos profissionais/gerentes da Unidade utilizadas na prática gerencial: cursos, manuais, técnicas padronizadas/normatizadas.

Estrutura física: descrição do ambiente (nº de salas) e suas respectivas funções; Higiene do ambiente; Iluminação do ambiente;

Equipamentos utilizados para atendimento da população: aparelhos, instrumentais.

APÊNDICE E -



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº196, de 10 de Outubro de 1996, segundo o Conselho Nacional de Saúde.

- **Propósito de estudo:** Analisar como ocorre o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; descrever as atividades gerenciais desenvolvidas no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; compreender o processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; identificar as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA.
- **Participação:** ao concordar com a participação na pesquisa, deverei estar à disposição para responder um roteiro de entrevista acerca do processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, como estão sendo desenvolvidas as atividades gerenciais, como está caracterizado o processo de trabalho gerencial e as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família.
- **Riscos:** este estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral. Todos os dados que obtivermos serão guardados e manipulados em sigilo. Nós assumimos o compromisso de não disponibilizarmos esses dados para terceiros.
- **Confidencialidade do estudo:** registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.
- **Benefícios:** Os benefícios em participar desse estudo é que ele contribuirá para embasamento da prática profissional nas situações específicas da prática gerencial na Estratégia Saúde da Família.
- **Dano advindo da pesquisa:** Se houver algum prejuízo decorrente deste estudo, será providenciado tratamento sem nenhum ônus pelos responsáveis o docente Eduardo Nagib Boery e a mestrandia Lícia Marques Vidal.
- **Participação Voluntária:** toda participação é voluntária, não há penalidade para alguém que decida não participar neste estudo. Ninguém será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época. Podendo retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo e/ou penalidades para mim.
- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e que a mesma não apresentará riscos com a minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha a solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique

em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Eu, _____, aceito livremente
participar do estudo intitulado: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entende os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

Jequié, ____ de _____ de 2010

Lícia Marques Vidal
Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery
Orientador e pesquisador responsável

Em caso de dúvidas ou para outros esclarecimentos e informações, entrar em contato com:

Eduardo Nagib Boery
(73) 3527-9738
eboery@ig.com.br
Rua Dr. José Moreira Sobrinho, S/N, Bairro Jequiezinho, Jequié- BA.

APÊNDICE F

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ****CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E DOS SEUS RESPONSÁVEIS**

Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Jequié, 01 de fevereiro de 2010.

Cara (o) _____,

Sou mestranda do Curso de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB e com o objetivo de buscar subsídios para a investigação acima citada, solicito sua colaboração no sentido de responder as questões durante a entrevista semi-estruturada. Os objetivos desse estudo são: objetivo geral: Analisar como ocorre o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; Objetivos específicos: descrever as atividades gerenciais desenvolvidas no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; compreender o processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA; identificar as estratégias e instrumentos utilizados no processo de trabalho na prática gerencial no Programa Saúde da Família, no município de Jequié-BA. A sua participação é fundamental para a concretização dessa pesquisa e o sigilo da sua identificação está assegurado. É ainda garantido a você o acesso ao docente pesquisador responsável desta pesquisa, o Prof^o Dr. Eduardo Nagib Boery que poderá ser encontrado, na sala do Mestrado da UESB ou no Departamento de Saúde da UESB – Rua Dr. José Moreira Sobrinho, S/N, Fone: (73) 3528 9600/ 9607/ 9738.

Agradeço pela sua colaboração,

Lícia Marques Vidal

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES/UESB

ANEXO A



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 2344 de 27.05.98

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 135/2009

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: *PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

Pesquisador Responsável: Mestranda Lícia Marques Vidal

Pesquisador Colaborador: Prof. Eduardo Nagib Boery

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde / Enfermagem

II – Objetivos:

Geral: Analisar como ocorre o processo de trabalho gerencial na Estratégia Saúde da Família, no Município de Jequié – BA, na perspectiva dos gestores, dos gerentes e dos usuários do serviço.

Específicos:

- Relatar as atividades gerenciais desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores, dos gerentes e dos usuários do serviço no município de Jequié-BA;
- Compreender o processo de trabalho gerencial na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores, dos gerentes e dos usuários do serviço no município de Jequié-BA;
- Identificar as tecnologias – leves leveduras e duras – utilizadas no processo de trabalho gerencial na estratégia Saúde da Família, no município de Jequié-BA.

III – Sumário do projeto:

O presente projeto tem como título: Processo de Trabalho Gerencial na Estratégia Saúde da Família. Trata-se um estudo dialético de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa são 73, sendo o secretário municipal da saúde, o diretor do departamento de assistência a saúde do município, o coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/programa Saúde da Família, 10 gerentes USF e 60 usuários das referidas unidades. A coleta de dados se processará por meio das entrevistas semi-estruturadas, técnica de Observação sistemática não participante e análise documental. Os dados obtidos serão analisados mediante a Hermenêutica Dialética. A pesquisa adotará os princípios éticos estabelecido na resolução 196/96.

IV – Comentários do relator:

O projeto apresenta todos os documentos necessários à apreciação do CEP/UESB, possui relevância social e científica. Além disso, está bem estruturado e elaborado, encontrando-se dentro das normas do trabalho científico e preenchendo todos os requisitos necessários para sua aprovação.

V – Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável a aprovação do Projeto

Situação do projeto: Aprovado e encaminhado

Jequié, 22 de setembro de 2009

[Assinatura]
Profa. Ana Angélica Leal Barbosa
 Presidente do CEP/UESB
[Assinatura]
 Profa. Ivone Gonçalves Nery
 Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB

ANEXO B



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 23 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 291/2009

Ilma. Sra.

Lícia Marques Vidal

Mestrado em Enfermagem e Saúde – UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

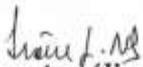
Protocolo nº: **134/2009**

Projeto: **PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Pesquisadores: **Lícia Marques Vidal (mestranda)**
Prof. Eduardo Nagib Boery (orientador)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB
Prof^a. Ivone Gonçalves Nery
Vice-Presidente do Comitê de Ética/UESB

ANEXO C



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

Ofício n.º 157/2009

19 de Outubro de 2009

Ilma Sra. Stella Santos Souza

Secretária Municipal de Saúde do município de Jequié-Bahia

Prezada senhora

Apresentamos a V.Sª **Licia Marques Vidal**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “*PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*”, **protocolo 135/2009, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 291/2009 referente à aprovação do projeto 135/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Coordenadora

Lúcia Barreto Abbade
Secretaria Administrativa do Departamento Municipal de Saúde
19.10.2009