

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

FLÁVIO ADRIANO BORGES MELO

**GERENCIAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**São Carlos
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

FLÁVIO ADRIANO BORGES MELO

**GERENCIAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção do
Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação
em Gestão da Clínica.

Área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientação: Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Co-orientação: Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano

**São Carlos
2013**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M528gt

Melo, Flávio Adriano Borges.

Gerenciamento do trabalho em saúde : as concepções de profissionais e usuários da estratégia saúde da família / Flávio Adriano Borges Melo. -- São Carlos : UFSCar, 2013. 65 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Saúde - administração. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Participação social. I. Título.

CDD: 362.11068 (20^º)



FOLHA DE APROVAÇÃO

FLÁVIO ADRIANO BORGES MELO

**“GERENCIAMENTO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONCEPÇÕES DE
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à
Universidade Federal de São Carlos para obtenção
do Título de Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 10/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Márcia Niituma Ogata/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Cinira Magali Fortuna/USP

Prof^(a). Dr^(a). Sueli Fatima Sampaio/UFSCar

Dedico este trabalho a todos os meus amigos e familiares, sobretudo, ao meu companheiro e a minha mãe – grandes incentivadores de mais essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Às forças superiores pela sabedoria e pelos momentos de calma e tranquilidade a mim dados em meio tantos desafios, sobretudo, a corrida contra o tempo – o maior deles.

Às Profs. Dras. - Silvana Martins Mishima, Cinira Magali Fortuna e Sueli Fátima Sampaio, pelas relevantes e preciosas contribuições para minha dissertação.

Às Profs. Dras. Márcia Niituma Ogata e Adriana Barbieri Feliciano, pelo carinho, amizade, conselhos, confiança, auxílio, contribuições e parceria nessa caminhada cotidiana rumo ao meu aprimoramento profissional e configuração deste trabalho.

Aos profissionais e usuários que fizeram parte dessa pesquisa, pelas contribuições e por fazerem de suas práticas meu meio de pesquisa e trabalho.

À Jussara Tito Borges – minha mãe e eterna educadora, pelo exemplo de carinho e conforto e por tamanho incentivo a mim ofertado com relação à trajetória profissional que hoje percorro. A ti, sem dúvida, daria minha vida em retribuição a tamanho amor.

As minhas irmãs – Keila Maria Borges Melo e Luiza Augusta Borges Melo, pelo carinho, palavras de incentivo e pela eterna companhia fraterna trilhada comigo ao longo da vida.

*Ao meu companheiro – Alexandre Rodrigo Nishiwaki,
pelo amor, auxílio, compreensão e por partilhar comigo mais essa conquista tão importante
em nossas vidas – essa vitória é nossa!*

Enfim, a minha avó, tios e primos pelo incentivo, boas vibrações e orações.

Às amigas da Residência – Raqueli, Lucila, Paty e Carol.

por partilharem das ansiedades e desafios desse momento tão intenso e inesquecível.

*Aos amigos de Minas – Matheus Faleiros, Marina Vilela, José Luís, Barbara Pereira, Lucas
Alves e Daniel Elias,*

pelo estímulo de sempre seguir em frente.

Aos amigos – Uaiana Prates e Diogo Pedrosa,

por comporem minha “família de São Carlos” e pelos momentos de apoio e descontração.

Aos amigos do Mestrado – Aline, Nanda, Juliana Delalibera, Mariana Lisboa e Liane,

*por partilharem comigo todos os desafios de trabalhar e pesquisar ao mesmo tempo, em meio
a tantas dúvidas, angústias, dificuldades e emoções.*

RESUMO

MELO, FAB. 2013. **Gerenciamento do trabalho em saúde: as concepções de profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família.** Folhas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2013.

O gerenciamento do trabalho em saúde consiste na arte de pensar, decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas devem ser alcançados através de pessoas e de uma interação humana constante. Ele difere da gestão em saúde no sentido de referir ao trabalho que está sendo executado a nível local, ou seja, dentro de um estabelecimento de saúde. Partindo desses princípios e da realidade vivenciada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos/SP, pretendeu-se desenvolver essa pesquisa que possui como objetivo geral analisar as concepções de profissionais e de usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre gerenciamento do trabalho em saúde e como objetivos específicos analisar as percepções de profissionais e de usuários da ESF sobre gerenciamento do trabalho em saúde, identificar o tipo de gerência existente na Unidade de Saúde da Família (USF), identificar como se dá a participação dos representantes dos usuários no Conselho Gestor Local (CGL) de saúde com relação ao gerenciamento do trabalho em saúde na USF, identificar a existência de potencialidades e/ou fragilidades apresentadas com relação ao desenvolvimento da cogestão em saúde e propor estratégias que possam viabilizar o exercício da cogestão em saúde. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa. O estudo aconteceu em uma USF da cidade de São Carlos/SP com profissionais que compõem essa unidade (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agentes comunitários de saúde) e os representantes dos usuários junto ao CGL de saúde dessa USF. As informações obtidas pelas entrevistas foram analisadas através de análise temática. Após a realização da análise, determinou-se a formação de três categorias, que foram: organização do trabalho em saúde e gerência na USF, participação social em saúde e facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da cogestão em saúde. O gerenciamento do trabalho em saúde centrado na cogestão em saúde ainda enfrenta algumas dificuldades para sua concretização. Porém, algumas questões como a participação popular e o trabalho em equipe podem ser estratégias capazes de proporcionar uma organização do trabalho horizontalizado, desfragmentado, descentralizado e com co-responsabilização pelas tomadas de decisões de todos os indivíduos membros dessa estrutura gerencial.

Palavras-chave: gestão em saúde, administração de serviços de saúde, atenção primária à saúde, participação social.

ABSTRACT

MELO, FAB. **Management of health work: the views of professionals and users of the Family Health Strategy.** Leaves. Thesis (MA) – Graduate Program in Clinical Management, Centre for Biological Sciences and Health Sciences, Federal University of Sao Carlos, Sao Carlos-SP, 2013.

The management of health work is the art of thinking, deciding and acting, is the art of making things happen, to get results that can be defined, planned, analyzed and evaluated, but must be achieved through people and human interaction constant. It differs from health management in order to refer to the work being performed at the local level, so in the establishment of health. Based on these principles and the reality experienced in Multidisciplinary Residency Program in Community and Family Health at the Federal University of São Carlos/SP, we sought to develop this research has aimed at exploring the views of professionals and users of Health Strategy Family (HSF) on management of health work and specific objectives to analyze the perceptions of professionals and users FHS on management of health work, identify the type of management that exists in the Family Health Unit (FHU), identify how gives the participation of representatives of users on the Local Management Council (LMC) health with regard to the management of health work at FHU, identify the existence of potential and/or weaknesses brought about the development of democratic management in health and propose strategies that can facilitate the exercise of democratic management in health. This is a case study with a qualitative approach. The study took place in a FHU city of São Carlos/SP professionals that comprise this unit (doctor, nurse, dentist, nurse assistant, dental office assistants and community health workers) and user representatives from the LMC to that unit. Information obtained through interviews were analyzed using thematic analysis. Upon completion of the analysis, we determined the formation of three categories, which were: work health organization and management at the FHU, popular participation and control in health and social facilities and difficulties for the development of democratic management in health. The management of health work focused on democratic management in health still faces some difficulties in its implementation. However, some issues like popular participation and teamwork strategies may be able to provide a labor organization horizontalized, defragmented, decentralized and co-accountability for decision-making of every individual members of the management structure.

Keywords: health management, health service administration, primary health care, social participation.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ARES	Administração Regional de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Centro de Especialidades Médicas
CGL	Conselho Gestor Local
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Gerenciamento do trabalho em saúde e gestão em saúde	18
1.2. Gerenciamento do trabalho na Estratégia Saúde da Família e a participação social em saúde.....	25
2. OBJETIVO GERAL	31
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4. MÉTODO	32
4.1. Tipo de estudo	32
4.2. Passos para a revisão da literatura	33
4.3. Local de estudo.....	33
4.4. Sujeitos do estudo.....	35
4.5. Coleta de dados	37
4.6. Instrumento de coleta de dados	38
4.7. Aspectos éticos.....	39
4.8. Análise dos dados.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1. Apresentação das categorias	40
5.1.1. Organização e gerenciamento do trabalho na USF.....	41
5.1.2. Participação social em saúde	46
5.2.3. Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da cogestão em saúde	51
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

APRESENTAÇÃO

No início da minha formação como enfermeiro tive contato com a saúde coletiva, sobretudo, na atenção primária em saúde. Foi a partir daí que surgiu minha grande paixão pela saúde pública e pelo cuidado.

Os desafios do olhar “prematureo”, com encantamento para aquela imensidão que se posicionava diante dos meus olhos me fazia sonhar: idealizar uma vida melhor para as pessoas, amenizando o sofrimento e acalantando aqueles que existiam dentro de mim. Confesso já ter cogitado não seguir adiante, devido tamanho infinito que em mim debruçava, conflitando com meus sentimentos pessimistas de impotência; incapacidade que todos os seres humanos possuem dentro de si.

Apostando no meu otimismo tímido; “mineiro” fui tateando todas as possibilidades que a mim surgiram nessa trajetória em prol da construção de uma “identidade profissional”. E foi nessa direção que ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, após duros momentos de muita persistência e torcida.

Encantado pela vitória, me vi novamente naquele mesmo processo de deslumbramento com o novo, com o belo – que sempre me atraiu. E, aí sim, percebi que seria nesse contexto que edificaria minhas raízes e meus fundamentos conceituais e práticos. Toda essa novidade, a meu ver, era desafiante no sentido de conseguir colocar em prática tudo o que eu havia adquirido enquanto fundamentação teórica e foi, aproveitando toda essa intenção, que resolvi dedicar dois anos intensivos de formação como residente em prol da atuação naquilo que, para mim, ainda continua sendo um sonho; um ideal – a Estratégia Saúde da Família.

O primeiro contato aconteceu em visitas pontuais aos possíveis campos de atuação que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos nos oferecia para esses dois anos. Nesse momento, fui escalado para estar em uma Unidade de Saúde da Família completa, com Médico, Enfermeiro,

Dentista e Agentes Comunitários de Saúde, além de residentes de diversas formações que compunham uma equipe de apoio à saúde da família, nos moldes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Pude ter meus primeiros contatos com a prática do trabalho em equipe, com a educação em saúde, com o cuidado individual e coletivo, com profissionais maravilhosos que me acolheram como uma família acolhe um recém-nascido em seus primeiros dias de vida.

Por problemas de ordem estrutural, fui impossibilitado de permanecer nesse campo de atuação, porém foi-me dada a oportunidade, pelo programa, de escolher para qual campo eu gostaria de ir. Após trocar algumas ideias comigo mesmo, com alguns amigos e com a coordenadora do programa – naquele momento, a orientadora dessa pesquisa – optei por viver uma realidade diferente daquela que havia vivenciado por seis meses. Apesar dos inúmeros desafios que essa opção me traria, me agarrei em meus princípios fundamentais e resolvi encarar a empreitada de experimentar a realidade de uma Unidade de Saúde da Família – Urbano/Rural.

Fui com minhas expectativas arraigadas em mim e, ao mesmo tempo, tentando dosá-las com a possibilidade de encontrar novidades, deslumbramentos e desafios pelo caminho. Desafios – estes foram inúmeros. Desde como me deslocaria todos os dias até o local, até a estruturação do serviço de saúde que encontrei bastante diferente daquela que havia vivenciado anteriormente.

Com o passar do tempo e a partir do cotidiano, das provocações, insatisfações, vivências em visitas domiciliares, em atendimento à demanda espontânea, na composição de reuniões de equipe e do conselho gestor local de saúde, me deparei com o embate: como fazer para que a organização do trabalho dentro de uma Unidade de Saúde da Família seja capaz de oferecer, aos usuários dessa unidade, um atendimento à saúde de qualidade, de acordo com o olhar daqueles que buscam por este atendimento?

A partir de então, dei início à trajetória de pesquisa em prol da busca pela satisfação de minhas inquietações e no intuito de edificar algo que fosse capaz de gerar algum processo de reflexão sobre a prática profissional neste local de trabalho.

Inicialmente, me atentei para a contextualização da temática a ser abordada, sobretudo, com relação as divergências existentes entre os termos gestão e gerência no contexto da saúde. Portanto, o primeiro capítulo trata do gerenciamento do trabalho em saúde e da gestão em saúde, suas aproximações e divergências, permeando o contexto da administração para melhor explorar essa temática.

Posteriormente, adentro especificamente ao contexto da atenção primária à saúde, abordando as particularidades desse nível de atenção, sua estruturação e preconizações acerca do gerenciamento pautado na cogestão em saúde e na participação social.

Toda trajetória trilhada em prol da execução deste trabalho advém de critérios metodológicos que possibilitaram a análise dos dados, onde foi possível a obtenção de algumas observações que permeiam a organização do trabalho em saúde, com relação ao gerenciamento das Unidades de Saúde da Família, a participação social em saúde, além das facilidades e dificuldades elencadas pelos sujeitos acerca do desenvolvimento da cogestão em saúde.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Gerenciamento do trabalho em saúde e gestão em saúde

Neste capítulo, pretende-se discorrer acerca do gerenciamento do trabalho em saúde e da gestão em saúde, permeando a trajetória histórica da administração e definindo conceitos relevantes para o desenvolvimento deste estudo.

Iniciando pela acepção de trabalho, tem-se que este consiste em uma atividade capaz de alterar o estado natural dos materiais visando à melhoria de sua utilidade e o trabalho humano consiste na *“atividade coordenada intelectual-mecânica de consumo de energias conforme o fim buscado”*, o que confere intencionalidade na execução da tarefa, ou seja, antes de ser executado o trabalho já havia sido idealizado, de alguma forma, pelo trabalhador, sendo que essa intencionalidade o diferencia do trabalho dos animais. (GONÇALVES, 1992, p. 9; BRAVERMAN, 1981).

Adentrando as particularidades relacionadas ao trabalho em saúde, tem-se que este não gera domínios a serem estocados e/ou comercializados, mas gera serviços consumidos assim que são produzidos, ou seja, no instante da assistência (MISHIMA, 2003). Torna-se diferente de outros trabalhos no momento em que lidam com o ser humano que traz aos serviços de saúde demandas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas como necessidades ou problemas de saúde (FELLI, PEDUZZI, 2005).

Dessa forma o trabalho se constitui enquanto processo (FELLI, PEDUZZI, 2005), sendo compreendido como o *“resultado da combinação do objeto, dos meios/instrumentos e do produto de trabalho”*. O objeto correspondendo à matéria prima a ser transformada; os meios/instrumentos às ferramentas (conhecimentos, saberes, força de trabalho, equipamentos) utilizadas pelo trabalhador de saúde; e o produto como o encontro entre o trabalhador, os meios/instrumentos e o usuário (MISHIMA, 2003, p. 17).

Porém, uma das questões mais evidentes com relação aos problemas na organização do sistema de saúde, consiste na maneira com que se tem estruturado e gerenciado os processos de trabalho, independentemente do tipo de estabelecimento que se encontra ofertando este serviço de saúde (MERHY, 1997 *apud* MISHIMA, 2003).

Nessa direção, introduz-se a temática referente ao gerenciamento em saúde que consiste na arte de pensar, decidir e agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas devem ser alcançados através das pessoas e de uma interação humana constante (MOTTA, 1998). Quando a gerência é empregada no contexto da saúde, subentende-se que se está referindo ao trabalho executado a nível local, ou seja, dentro de uma unidade ou estabelecimento de saúde (CASTANHEIRA, 1996; MISHIMA, 2003, BRASIL, 1996).

A gerência surgiu assim que o trabalho cooperativo teve início, visto que este necessita, minimamente, de algumas funções como: coordenação, ordenação de operações, estabelecimento de prioridades, designação de funções, manutenção de matérias-primas, cálculos de lucros e perdas, dentre outras ações que permeiam a organização do trabalho (BRAVERMAN, 1981).

No início do capitalismo industrial houve um esforço por parte dos empregadores em desconsiderar a diferença existente entre a força de trabalho, que corresponde à energia despendida pelo trabalhador na execução das tarefas, e o trabalho que pode ser obtido dela, ou seja, o produto final adquirido pela execução do trabalho. Portanto, os empregadores buscavam pagar pelo trabalho sem levar em conta a energia que estava sendo empregada na execução das tarefas, buscando adquirir o produto final da mesma forma que ele apanhava suas matérias primas (BRAVERMAN, 1981).

Dessa forma, o sistema capitalista gerou um processo de subcontratação e desligamento de serviços, possuindo algumas falhas, tais como a irregularidade na produção,

as perdas de material em trânsito e desfalques, a lentidão na fabricação dos produtos, a falta de uniformidade e rigor na qualidade dos mesmos, além de serem limitados por sua incapacidade de transformar os processos de produção (BRAVERMAN, 1981).

Deu-se início ao processo de controle sobre a mão de obra, partindo da centralização do emprego em um único espaço físico. Nessa direção, surgiram as imposições de horas regulares de trabalho, emprego de métodos coercitivos com a finalidade de habituar os empregados às suas tarefas e mantê-los trabalhando durante dias e anos, visando conseqüentemente, a obtenção de lucro (BRAVERMAN, 1981).

A organização do trabalho já caminhava na direção de assegurar uma grande produtividade em pequena quantidade de tempo culminando, no século XX, com o taylorismo, o fordismo e o fayolismo que correspondem às primeiras teorias da administração científica (CAMPOS, 2010).

O fordismo e o taylorismo se complementam no sentido de racionalizar os métodos de trabalho; buscar pela uniformidade na execução das tarefas por todos os funcionários; existir um profissional para cada tipo de atividade a ser desenvolvida, elevando ao máximo a eficiência, o padrão das tarefas e o da produção; prevalecer as relações impessoais e formais e a rigidez na divisão do trabalho, fragmentando-o e separando a concepção de sua execução. Para alcançar tais pretensões, utilizam-se da seleção e treinamento dos funcionários, visando impor uma maneira correta e padronizada de trabalho, além de supervisionar rigorosamente os trabalhadores na execução das tarefas previamente estabelecidas (MOTTA, 2001; ANTUNES, 1995; CAMPOS, 2007).

Tal gerência científica, como é denominada a gerência empregada dentro das teorias da administração científica, seria um esforço direcionado à aplicação dos métodos científicos às questões complexas e ascendentes com relação ao controle do trabalho nas empresas capitalistas (BRAVERMAN, 1981).

Já o fayolismo, por meio da Escola Clássica, está mais direcionado à racionalização da estrutura administrativa da organização, para com as funções desenvolvidas, especificamente, pelo administrador (BRAVERMAN, 1981).

Seguindo a trajetória das teorias administrativas com foco no gerenciamento do trabalho, em 1927, Max Weber desenvolve a Teoria da Burocracia passando a ser difundida por volta da década de 40. O enfoque trazido em sua teoria permeia a hierarquização e a racionalidade da autoridade, separando ação, hierarquia, competência, técnica, remuneração, dentre outros fatores, buscando tornar previsível o comportamento dos indivíduos (SILVA, 2004).

Na intenção de voltar o olhar para as necessidades psicológicas, de aprovação e auto-realização dos profissionais que, até então, eram considerados como seres destituídos de vontade, desejo e autonomia na realização do trabalho, enfoca-se uma outra teoria administrativa denominada Teoria das Relações Humanas.

Essa teoria, iniciada no mesmo ano do desenvolvimento da Teoria da Burocracia de Weber, ampliou a visualização do trabalhador dando-lhe, inclusive, oportunidade de participar dos processos decisórios, estando convidado a se envolver no trabalho em equipe (LEONARDI, 2004).

A partir de então, várias teorias administrativas foram se destacando, sendo relevante observar que a evidência de uma nova maneira de gerenciar, no decorrer da história, ocorre por influência da teoria anteriormente vigente, seja para complementá-la, ou para revogá-la, culminando, na atualidade, com a existência de algumas teorias que carregam em seu bojo fundamentos que vão desde as primeiras teorias da administração às novas.

Sendo assim, verifica-se que *“aquilo que os modelos teóricos da administração cultivam pode ser resumido na busca pelo controle do processo de trabalho, com a finalidade de aumentar a produção e o capital”* (SILVA, 2004, p. 59).

Tomando como referência a trajetória da administração científica, são evidentes as contribuições trazidas às organizações, tais como empresas e, inclusive, na estruturação organizativa da república brasileira, arranjada de maneira hierarquizada, observada a partir da estruturação tripartite que a configura, separada em níveis Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 1988). Porém, quando se imerge, especificamente, às questões referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo com relação à gestão em saúde, evade-se dos princípios protegidos pela administração científica, por prever que esta deva acontecer de maneira descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

Sendo assim, adentro à gestão em saúde, que é identificada como

a atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996, p.3).

Observa-se a divergência existente entre gestão e gerência em saúde. Enquanto a gerência está relacionada à organização de uma unidade ou órgão de saúde, a gestão faz referência à responsabilidade e à atividade de dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício de determinadas funções. A partir de então, pode-se sugerir que a gestão em saúde é algo bastante antigo. Segundo Campos e Campos (2008), ela é quase tão antiga quanto à própria Saúde Pública.

Em se falando de saúde pública, tem-se que antes da concepção do SUS, ou seja, durante o período que precede a criação da Constituição de 1988, a realidade vivenciada pela saúde pública brasileira era composta por sistemas de saúde desintegrados, que obedeciam a vários comandos diferentes. Eram serviços dispersos por estabelecimentos com vínculos diversos, financiados por várias fontes, com múltiplos gerentes, regimes de trabalho diferentes, dentre outras questões (ROCHA, 2005).

Com a criação do SUS, ficou-se previsto, já de início, que a gestão desse sistema estaria a cargo das três esferas federativas que compõem a república brasileira: a união, os

estados e os municípios. E estas, com suas respectivas competências, assumiriam a responsabilidade de prever e prover o atendimento à saúde da população. Essa ideia é equivalente a dizer que a gestão do sistema público de saúde deve acontecer de maneira descentralizada (BRASIL, 1988).

O diferencial dos sistemas integrados de atenção à saúde, como é o caso do SUS, consiste na potencialidade existente na implantação de uma frente tripartite, capaz de dirigir as ações de diagnóstico, prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde através de uma construção coletiva pactuada com participação dos diferentes atores que a compõe, organizando o sistema no intuito de homogeneizar o atendimento à saúde (ROCHA, 2005).

Pode-se inferir que, após a concepção do SUS, foram criadas regulamentações no sentido de efetivar sua implementação e organizá-lo segundo seus princípios. Nesse sentido, foram criadas as Leis Orgânicas da Saúde.

A primeira delas, a lei 8.080 de 1990, aparece no intuito fundamental de reunir todos os serviços públicos de saúde – federal, estaduais e municipais – focando a preservação dos vínculos originais, ou seja, dos vínculos centralizados numa mesma estrutura hierárquica dentro do sistema e dispor acerca das peculiaridades com relação aos serviços particulares contratados ou conveniados, no sentido complementar ao sistema público de saúde, (ROCHA, 2005).

A segunda lei, 8.142 de 1990, surge no sentido de garantir a participação da comunidade na gestão do SUS, além de estruturar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990), vetadas pela presidência da república na Lei Orgânica de Saúde 8.080.

Percorrendo o caminho rumo ao aperfeiçoamento e comprometimento com a gestão em saúde no SUS, tem-se a criação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996,

da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002 e do Pacto pela Saúde de 2006.

As NOB trabalham no sentido da descentralização da gestão e das ações em saúde, fornecendo maior autonomia aos municípios no que tange o gerenciamento da atenção à saúde (ROCHA, 2005).

A NOB-96 tinha como objetivo geral a

promoção e a consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996, p.1).

A NOAS foi resultado de um contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão (Federal, Estaduais e Municipais), com vista ao aprimoramento do SUS. No que diz respeito ao fortalecimento da capacidade de gestão no SUS, esta norma traz o processo de programação da assistência, as responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada, o processo de controle, regulação e avaliação da assistência e as questões correspondentes aos hospitais públicos sob gestão de outro nível governamental (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde, de 2006, é um conjunto de reformas institucionais também pactuadas entre as três esferas de gestão (Federal, Estaduais e Municipais), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Ele agrega três eixos de compromissos pela saúde que são: Pacto pelo SUS, Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Este último estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006).

Em suma, verifica-se que o processo de organização do trabalho em saúde tem sido edificado à medida que o SUS vem sendo construído. Atualmente, busca-se pelo oferecimento

de maior autonomia aos municípios com relação ao planejamento, coordenação, acompanhamento e controle das políticas públicas, ou seja, com relação à gestão em saúde; e aos equipamentos de saúde com relação à gerência do trabalho, sobretudo, quando se adentra à realidade vivenciada na Atenção Primária à Saúde (APS), pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.2. Gerenciamento do trabalho na Estratégia Saúde da Família e a participação social em saúde

Um dos pilares para a edificação da atenção primária como uma proposta de atenção à saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em Alma Ata, no ano de 1978. Nesse contexto, considerou-se que a atenção primária em saúde seria uma estratégia para se alcançar a meta de Saúde para Todos no Ano 2000, definida pela assembleia da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1977, tomando como proposta a extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde (SILVA, CALDEIRA, 2011).

A APS consiste em um

nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002, p. 28).

Uma estratégia criada no Brasil, no intuito de atender a esses requisitos enunciados pela APS, foi a ESF que foi declarada como uma estratégia de mudança do modelo de atenção em que a APS é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde e que deve atender de forma resolutiva a maioria das necessidades de saúde da população a partir das ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação de acordo com a sua complexidade, ganhando alguns formatos específicos, até chegar a sua configuração atual.

Inicialmente, em 1991, deu-se início o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi implementado por meio de convênio entre a FUNASA/Ministério da Saúde e

as Secretarias Estaduais de Saúde, que previa repasses de recursos no custeio desse programa. As atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não estava direcionada unicamente ao indivíduo, mas à família e à comunidade. Nesse momento, ainda não existia o profissional médico como parte da equipe e o trabalho do ACS deveria ser supervisionado por um enfermeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) sendo que, posteriormente, em 1998, modificou-se seu nome para ESF (BRASIL, 2012), por entender que não se tratava de um programa pontual, mas de uma estratégia a ser adotada, possuindo um grande potencial capaz de alcançar o objetivo de reestruturar o sistema sanitário brasileiro.

Essa estratégia, ainda em vigor, deve voltar sua atenção não somente para a recuperação, mas para a prevenção e a promoção, afastando-se do modelo biomédico de atenção à saúde; atuando como estratégia capaz de direcionar o cuidado e aproximar o contato entre os profissionais e a família, considerando ser no espaço familiar em que há construção das relações intra e extrafamiliares, além de ser onde se desenvolve a luta por melhores condições de sobrevivência (MISHIMA, 2003).

Nessa direção, ao adentrarmos nesse processo de trabalho em saúde, podemos evidenciar as ações que são executadas pelos profissionais de saúde em várias direções: nas próprias intervenções realizadas por eles, que expressam alguma concepção do processo saúde-doença; na dinâmica social para a realização do cuidado e na forma como os serviços se encontram organizados (FELLI, PEDUZZI, 2005), retratando a micropolítica do trabalho em saúde.

Com relação às questões que envolvem essa micropolítica e a tipologia das tecnologias em saúde, alguns conceitos auxiliam no entendimento das relações existentes no desenvolvimento do trabalho em saúde em ato.

Primeiramente, quando se pensa em tecnologia em saúde logo se idealiza um conjunto de máquinas utilizadas em intervenções no cuidado aos usuários dos serviços de saúde. Mas, segundo Merhy (1997), essa idealização corresponde a apenas parte de uma das modalidades de tecnologia em saúde existentes. Conforme este autor, elas podem ser classificadas em tecnologias leves, que seriam as relações de produção de vínculo, autonomização dos indivíduos, acolhimento e gestão; tecnologias leve-duras, que correspondem aos saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia; e as tecnologias duras, que, estas sim, correspondem às máquinas, às normas e às estruturas organizacionais.

Ao se pensar na organização de serviços assistenciais simplificados, ou seja, com pouco ou mínimo emprego de tecnologia dura, deve-se pensar, sobretudo, em artifícios capazes de assentarem, sobretudo, a tecnologia leve de maneira efetiva, almejando a prática da equidade – diretriz constitucional – atendendo os diferentes indivíduos de acordo com suas diversas necessidades e partindo do princípio de que essas necessidades possuem suas particularidades locais e regionais.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (2006) aponta para a forma com que a ESF deveria ser organizada:

A Estratégia Saúde da Família deve ser organizada de maneira a exercer práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 10).

Ou seja, aponta-se para a noção de território, considerando a comunidade, com suas particularidades, como protagonistas dos novos olhares sobre o território que o serviço abrange, assim como sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, influenciando e readequando as práticas dos trabalhadores em saúde (MAXTA *et al.*, 2010).

Nesse sentido, direciona-se o olhar para as pessoas que se encontram inseridas naquele território, como grande potencial na reorganização da atenção à saúde, sobretudo,

como um dispositivo capaz de cogerir um serviço destinado ao atendimento das próprias necessidades locais. *“Uma linha para essa mudança refere-se à construção de Espaços Coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes que não apenas aqueles com função de direção, bem como a de agentes externos ao Coletivo”* (CAMPOS, 2007, p. 143) e é, nesse sentido, que a participação social possui sua relevância na gestão em saúde e no gerenciamento de estabelecimentos de saúde.

Contudo, ainda se vivenciam realidades onde o que foi proposto ainda não permeia as ações desenvolvidas pelas equipes de diversos municípios do país. Um exemplo consiste, justamente, na não abertura, de maneira efetiva, às questões apontadas pelos usuários do sistema de saúde local com relação à organização do trabalho oferecido pelo serviço.

Uma possível estratégia para que essa inter-relação entre os profissionais e os usuários do sistema de saúde aconteça, poderia ser através dos Conselhos Gestores Locais (CGL) de saúde que, segundo a Lei 8.142 de 1990 e a portaria nº 399 de 2006, são estruturas organizacionais oficiais para o exercício do controle social em saúde, sendo este entendido como *“um movimento de repolitização decorrente da mobilização social a fim de mostrar a saúde como direito de cidadania, (...) para que os papéis dos diferentes atores sejam plenamente exercidos”* (OLIVEIRA, ALMEIDA, 2009, p. 144).

Além disso, os CGL de saúde também podem servir como uma estratégia de envolvimento dos usuários na co-responsabilização e inserção na gerência do trabalho dentro das Unidades de Saúde da Família (USF). Tal fato, também entendido como uma estratégia de participação social, leva à concepção de saúde como um direito às condições de cidadania, prevista na legislação do SUS (BRASIL, 1990).

Nessa direção, Merhy (1997) aponta para o fato de que se deve tomar como desafio a reformulação ‘publicizante’ da direção dos serviços de saúde, implicando em um trabalho

mais coletivo da gerência dos processos de trabalho em saúde, rumo ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários destes serviços.

Dessa forma, busca-se a superação do aspecto apresentado pelas teorias administrativas no que diz respeito à centralização das ações gerenciais, à hierarquização dessa gerência, à não participação dos indivíduos envolvidos no processo de organização do trabalho, no intuito de ampliar e tornar a gerência mais participativa e democrática.

Tem-se ainda que a organização gerencial centrada na hierarquização gera a existência de dominação das ações de um indivíduo sobre as ações do outro e toda dominação culmina com a diminuição da autonomia e da liberdade das pessoas. Tal fato, consiste, segundo o autor, no alicerce do que ele refere como sendo a Racionalidade Gerencial Hegemônica. Nessa direção, há indicações que quando fábricas, hospitais, escolas e outras organizações estruturam o funcionamento da máquina administrativa segundo os princípios da administração científica, ou da Racionalidade Gerencial Hegemônica, percebe-se o sufocamento da espontaneidade e da iniciativa da maioria das pessoas, durante a maior parte do tempo, predominando a produção de uma subjetividade voltada apenas para a adaptação semi-passiva ao processo de trabalho vivenciado (CAMPOS, 2007).

Há três elementos fundamentais que constituem a Racionalidade Gerencial Hegemônica e justificam os anseios de controle sobre o trabalhador: o primeiro consiste na intenção de sempre tentar padronizar as maneiras de execução do trabalho. O segundo consiste na tentativa de pensar como um modo pode ser capaz de controlar os trabalhadores e o trabalho em geral. E o terceiro consiste na ideia de que o ser humano possui a tendência para se comportar conforme seu interesse imediato, independentemente do contexto inserido ou de sua história social (CAMPOS, 2010).

A busca pela superação de tais proposições vai ao encontro dos princípios de cogestão/gestão compartilhada em saúde propostos por alguns autores como Gastão Wagner

Campos, Luiz Carlos Oliveira Cecílio, Émerson Elias Merhy, dentre outros, com relação ao gerenciamento dos serviços de saúde. Esta consiste em uma estratégia de partilha de ideia, problemas, soluções e funções gerenciais que se estendem para além dos profissionais de saúde, abrangendo os usuários do sistema de saúde público como parte desse processo, ou seja, uma estratégia a ser desenvolvida, pautada na democratização e participação de todos os envolvidos no processo de trabalho, dependendo da construção ampliada da direção gerencial, não centralizada em minorias, mas dividida entre todas as pessoas de um coletivo corresponsável pelas tomadas de decisões (CAMPOS, 2010; CAMPOS, 2007; BRASIL, 2004; CECÍLIO, 2010; MERHY, 2010).

Ao desenvolver uma gestão compartilhada nos espaços de trabalho, verifica-se a capacidade da geração de mudanças efetivas na clássica administração pública, com suas mazelas rígidas, baixa comunicabilidade, excesso de autoritarismo, alienação dos trabalhadores e insensibilidade às necessidades apontadas pelos “receptores” do cuidado: os usuários (CECÍLIO, 2010).

Inclusive, essa abordagem gerencial, pautada nos princípios da horizontalidade, ou seja, com inexistência de uma hierarquia organizacional formalmente estabelecida; com participação dos profissionais e usuários no gerenciamento do trabalho, sem que haja centralização de ações e condutas sobre um ente dessa organização, visando o cuidado integral, está contemplada na Política Nacional de Humanização (PNH) e em cartilhas e coleções elaboradas pelo próprio Ministério da Saúde, conformando-se numa política pública (BRASIL, 2004).

Assim, quando pensamos acerca do gerenciamento das USF, segundo os moldes da cogestão em saúde, identificamos vários fatores que se inter-relacionam e interferem diretamente na configuração dessa proposta, tais como: a efetiva participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho, a formação dos profissionais que se encontram

inseridos nesse contexto, a apropriação dos usuários do SUS com relação à participação social sobre as questões executadas nos serviços e a gestão municipal adotando uma política estrutural capaz de proporcionar autonomia gerencial aos serviços locais.

Portanto, direcionar o foco para essa realidade vivenciada diariamente pelos atores envolvidos nesse processo de co-responsabilização pela atenção à saúde, compreender os artifícios e táticas adotadas pelos mesmos para dar andamento ao processo de trabalho diário e os confortos e desconfortos que as opções e ações tomadas no dia-a-dia podem gerar reflexões relevantes para com relação ao cotidiano dos serviços da ESF em se pensando no gerenciamento do trabalho em saúde e, consecutivamente, poder direcionar possíveis rumos capazes de alcançar o que se é proposto pelas políticas de saúde.

2. OBJETIVO GERAL

- Analisar as concepções de profissionais e de usuários da ESF sobre gerenciamento do trabalho em saúde.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as percepções dos profissionais e dos usuários da ESF sobre gerenciamento do trabalho em saúde;
- Identificar o tipo de gerência existente na USF;
- Identificar como se dá a participação dos representantes dos usuários no CGL de saúde com relação ao gerenciamento do trabalho em saúde na USF;
- Identificar a existência de potencialidades e/ou fragilidades apresentadas com relação ao desenvolvimento da cogestão em saúde.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa.

“O estudo de caso é uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”, ou seja, foi utilizado o estudo de caso com a intenção de se entender um fenômeno da vida real abrangendo relevantes condições contextuais (YIN, 2010, p. 39).

A abordagem adotada procura significados que informam teoria, prática e mais pesquisa, além de proporcionar uma observação de múltiplos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, conferindo possibilidade para a compreensão de um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos que não podem ser traduzidos em variáveis (MINAYO, 2010).

4.2. Passos para a revisão da literatura

Foram realizados levantamentos bibliográficos em bibliotecas virtuais de artigos científicos, dissertações e teses [Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, LILACS, Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)], além da leitura de alguns livros que forneceram o suporte teórico para a dissertação desse trabalho.

Vale salientar que as revisões bibliográficas também foram sendo realizadas durante o desenrolar do projeto a título de identificar publicações atualizadas acerca das temáticas trabalhadas nesse estudo.

4.3. Local de estudo

O estudo ocorreu na cidade de São Carlos/SP que se localiza no centro geográfico do Estado de São Paulo. A população gira em torno de 221.950 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao ano de 2010.

O sistema de saúde público no município é organizado em 5 Administrações Regionais de Saúde (Cidade Aracy, Vila Isabel, Redenção, São José e Santa Felícia) que contemplam USF,

Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Especialidades Médicas (CEME), Unidades Hospitalares, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros serviços, de acordo com a área de abrangência de cada Administração Regional (ARES).

Com relação à ESF, possui 17 equipes de acordo com a ARES a que pertencem: Cidade Aracy – 5 equipes, Vila Isabel – 3 equipes, Redenção – 1 equipe, São José – 4 equipe, Santa Felícia – 4 equipe.

O gerenciamento nas Unidades de Saúde da Família não conta com um trabalhador específico para o desenvolvimento dessa função. A proposta da gestão em saúde do município era que o exercício da atribuição gerencial nessas equipes, identificados como gestores da USF, seja executado pelos profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista). No desenvolvimento do gerenciamento, esses trabalhadores deveriam, além de organizar o processo de trabalho em saúde, promover a participação de todos os envolvidos (trabalhadores e usuários, sobretudo, através dos CGL de saúde) nas tomadas de decisões.

Para este estudo de caso escolheu-se analisar as concepções de uma das duas equipes da ESF da área rural pertencente ao ARES São José, que além dessas possui 2 ESF urbanas. É a única ARES do município que vivencia a realidade de possuir USF rural.

Essa escolha se deve a fatores como, por exemplo, as divergências existentes entre os grupos sociais urbanos e rurais. Os grupos rurais, normalmente, são menos numerosos, compondo uma pequena variedade populacional, possuindo um único grupo religioso, profissional, linguístico e educacional predominantes, enquanto que os grupos urbanos, normalmente, são compostos por uma grande variedade populacional, com maior diversidade religiosa, profissional, linguística e educacional (SCHWARTZ *et al.*, 2001).

Levando em consideração essas questões, pode-se supor que a inter-relação entre os profissionais e usuários de um serviço de saúde rural pode ser mais estreita, com maior

possibilidade de existir articulações entre eles, propiciando a co-organização do trabalho em saúde, princípio intrínseco aos pressupostos da cogestão em saúde.

Outro fator complementar da escolha desta USF como local de estudo, deve-se ao fato de se tratar da primeira USF criada no município, voltada à realidade rural. Este contexto histórico pode possibilitar uma percepção da realidade mais concreta no sentido de possuir maior tempo de experiência na proposta da ESF.

Além da motivação e do interesse pessoal pela temática em estudo, outra justificativa da escolha dessa USF protagonizando esse estudo deve-se ao fato de ter vivenciado essa realidade por dois anos, como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, pela Universidade Federal de São Carlos, despertando em mim o interesse por estudar, com maior profundidade, a inter-relação existente entre os profissionais de saúde dessa equipe e destes com os usuários do distrito sanitário dessa unidade, tomando como foco principal o exercício do gerenciamento do trabalho em saúde no âmbito local. Esse fato propiciou a aproximação do contexto do caso, possibilitando um maior conhecimento da realidade estudada e dos atores que a compõe. Essa etapa é fundamental para um estudo de caso, que se propõe a uma maior profundidade na interpretação do objeto de estudo no seu contexto específico.

O estudo de caso prevê uma revisão permanente da literatura relevante, para que o projeto de pesquisa final seja informado, tanto pelas teorias prevalentes quanto por um conjunto recente de observações empíricas. As fontes duplas de informação ajudam a garantir que o estudo verdadeiro reflita os aspectos teóricos ou políticos significativos, assim como as questões relevantes aos casos contemporâneos (YIN, 2010, p. 120).

4.4. Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram agrupados em duas categorias: profissionais de saúde e usuários.

Antes dos sujeitos participarem desse estudo, o entrevistador apresentou os objetivos, explanou que a identidade e as informações fornecidas na entrevista seriam mantidas em

sigilo (segundo a Resolução 196/96), esclareceu possíveis dúvidas dos entrevistados a respeito da pesquisa e, posteriormente, solicitou as respectivas participações.

Com relação à categoria dos profissionais de saúde, cada equipe de saúde da família, da cidade de São Carlos, é composta por profissionais de nível superior e médio que são: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 6 ACS, 1 dentista e 1 auxiliar de consultório dentário (equipe ampliada) (BRASIL, 2012).

Um dos critérios de exclusão de algum profissional dessa pesquisa seria o fato dele se encontrar em período de férias e/ou licença saúde/maternidade, na época da coleta de dados. Outro critério seria estar atuando nessa USF há menos de 6 meses, tentando associar o tempo de atuação local à possibilidade de adquirir informações que possam refletir a realidade vivenciada no cotidiano desse serviço.

Na categoria dos profissionais de saúde, participaram 10 integrantes, sendo eles: 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. A faixa etária dos sujeitos variou entre 24 a 50 anos sendo que todos os ACS possuíam idade inferior a 30 anos.

Outra característica relevante consiste no fato de que 2 ACS possuíam formação superior, uma concluída e outra em conclusão. Ambas graduações ligadas à área das Ciências Biológicas.

Todos eles atuam nessa USF há mais de 6 meses e a justificativa de terem sido entrevistados apenas 1 auxiliar de enfermagem e 5 ACS, ao invés de 2 e 6, respectivamente, se deu pelo fato dessa equipe estar, no momento da realização dessa pesquisa, apenas com esse número de sujeitos em atuação.

Com relação à categoria dos usuários, estes deveriam ser representantes junto ao CGL de saúde, formalmente constituído segundo legislação, por 25% de representantes da classe dos

trabalhadores, 25% de representantes da organização pública e 50% de representantes dos usuários, segundo legislação municipal.

Um dos critérios de exclusão dos usuários seria o fato dos mesmos não terem participado de, pelo menos, cinco reuniões do CGL de saúde, buscando agregar a tentativa de conseguir informações a partir da efetiva vivência dentro do contexto de participação social em saúde.

Com relação a essa categoria, o CGL de saúde desta USF encontrava-se formalmente estruturado com 2 representantes da organização pública e 2 suplências; 2 representantes da classe dos trabalhadores com 2 suplências e 4 representantes dos usuários com 1 suplência. Ao questionar os profissionais da USF acerca do motivo pelo qual existe apenas uma suplência para a classe dos usuários, estes relataram que o fato se deve à inexistência de candidatos para concorrerem à categoria. Portanto, a forma de composição do CGL de saúde se deu por eleição de membros, através de votação por suas respectivas categorias.

Dos 4 usuários a serem entrevistados, 1 recusou participar alegando não acompanhar as reuniões há algum tempo e, de fato, através da averiguação em ata de reuniões do CGL havia mais de 5 reuniões sem o seu comparecimento sendo, portanto, entrevistado o único suplente existente que, inclusive, havia participado das últimas 5 reuniões. Com outro usuário não foi possível o agendamento da entrevista devido à inacessibilidade após mais de vinte tentativas de contato direto, em períodos distintos do dia. Sendo assim, foram entrevistados, na totalidade, 3 usuários.

Estes residem no distrito sanitário dessa USF há mais de 10 anos e possuem o ensino fundamental completo como escolaridade.

4.5. Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais e usuários do CGL de saúde da USF em estudo, sendo que estas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para que, posteriormente, fossem analisadas. “A entrevista é uma estratégia onde

intencionalmente o pesquisador obtém informações através das falas dos atores sociais” (MISHIMA, 2003).

Os profissionais desta USF foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato direto realizado através de uma pauta colocada pelo pesquisador em uma reunião da equipe. A partir de então, a equipe decidiu uma data conjunta e propícia para que as entrevistas fossem realizadas em um mesmo dia, individualmente.

Já com relação ao grupo dos usuários, foi solicitado o endereço residencial e o contato telefônico destes, junto à equipe de saúde da família, para que houvesse a compactação a fim de agendar a entrevista com os mesmos em domicílio.

4.6. Instrumento de coleta de dados

Para ambos os grupos foram construídas questões que nortearam as entrevistas.

Foram utilizadas as seguintes questões: “Fale-me o que você entende por gerenciamento do trabalho em saúde”, “Fale-me quem desenvolve atividades de gerenciamento do trabalho em saúde na USF onde você atua” e “Fale-me quais as facilidades e/ou dificuldades de exercer a cogestão em saúde na USF”.

Enquanto que, para o grupo dos usuários as questões norteadoras foram: “Fale-me o que você entende por organização do trabalho em saúde”, “Fale-me como se dá sua participação na organização do trabalho da USF”, “Para você, quem realiza as atividades de organização do trabalho na USF?” e “Fale-me quais as facilidades e/ou dificuldades para programar/desenvolver atividades junto aos profissionais da USF”.

Essa diferenciação das perguntas direcionadas aos profissionais das direcionadas aos usuários deve-se ao fato de tentar aproximar ao máximo da realidade observada e vivenciada pelos usuários dessa USF, a fim de se obter relatos significativos acerca do gerenciamento do trabalho nessa unidade de saúde, evitando que os usuários apresentassem dificuldades de entendimento das questões da pesquisa, relacionadas aos termos gerenciamento e cogestão.

4.7. Aspectos éticos

A fim de possibilitar a coleta dos dados necessários à realização desse projeto de pesquisa foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Carlos/SP e, posteriormente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. A coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto sob número 31615.

Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar que as entrevistas foram realizadas.

A fim de preservar a identidade dos sujeitos, os entrevistados que compuseram a categoria dos profissionais de saúde foram identificados como P01, P02, P03 e sucessivamente até P10, enquanto que aqueles que compuseram a categoria dos usuários foram identificados como U01, U02 e U03.

4.8. Análise dos dados

As informações obtidas pelas entrevistas foram analisadas através de análise temática. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (MINAYO, 2010, p. 105). Isso ocorreu por meio da categorização realizada através da repetição de palavras e/ou significados (unidades de registro). Portanto, essas unidades de registro foram agrupadas pelos seus significados e interpretadas (MINAYO, 2010).

Dessa forma, foram consideradas as etapas para a operacionalização da análise temática que, segundo Bardin (1995), consistem em: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 1995).

A análise das categorias que compuseram esse estudo foi realizada de maneira conjunta, devido à possibilidade de agregar as unidades de registro encontradas em uma mesma categoria sem que houvesse a perda e/ou distorção do sentido dos relatos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Apresentação das categorias

Após a realização da análise temática, com a abstração das unidades de registro, determinou-se a formação de três categorias, a saber: 1. Organização e gerenciamento do trabalho na USF, 2. Participação social em saúde e 3. Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da cogestão em saúde.

5.1.1. Organização e gerenciamento do trabalho na USF

Observa-se que os relatos apresentados pelos profissionais e usuários refletem elementos acerca do que eles concebem como sendo a organização do trabalho em saúde, indo além da mera percepção dessa configuração. Tal fato pode ser melhor compreendido quando se remete ao conceito da palavra em si. Percepção, segundo dicionário online de língua portuguesa, consiste no ato, efeito de perceber impressões colhidas pelos sentidos refletindo em deduções imediatas, enquanto concepção consiste no ato de compreender as coisas, ou seja, no ato que passa por um processo de reflexão acerca de algo (WEISZFLOG, 2010).

Sendo assim, na visão de alguns usuários, a organização do trabalho em saúde permeia um arranjo organizativo capaz de proporcionar o atendimento à demanda que chega até à USF, oferecendo agilidade e resolutividade na assistência à saúde. Ou seja, a organização do trabalho em saúde seria o atendimento imediato, das necessidades de saúde trazidas pela população aos profissionais da USF. Tais considerações podem ser melhor identificadas a partir dos relatos:

“(...) eles fazem o possível para estarem atendendo a população conforme a gente quer”. (U01)

“(...) eu acho que são bem organizados, viu? É bem organizado (...) atende, né? As pessoas, né? A qualquer momento. Com toda dedicação deles (profissionais)”. (U02)

Além disso, por meio dos relatos das entrevistas dos usuários, percebe-se a existência de uma relação direta entre a cordialidade e a organização do trabalho em saúde, ou seja, um trabalho bem organizado é aquele onde as pessoas são cordialmente atendidas, além de saírem com suas demandas resolvidas ou, pelo menos, satisfeitos com os encaminhamentos que foram dados com relação ao caso. Alguns relatos melhor explicitam tais considerações:

“(...) não vou reclamar de ninguém porque todo mundo sempre me tratou bem, né? E... eu acho que todos que chegam aí é bem tratado e sai com seus problemas resolvidos”. (U01)

“Você vê que todos ali são bem atendidos e acolhidos (...) eu acho que estão de parabéns pelo trabalho, viu? Não existe ninguém insatisfeito com essa organização”. (U02)

Verifica-se uma postura ainda voltada à lógica assistencialista, centrada no atendimento às necessidades individuais dos representantes do CGL de saúde onde, geralmente, giram em torno de consultas, encaminhamentos e receitas médicas, em detrimento das necessidades coletivas.

Tal identificação também foi encontrada em um estudo realizado com usuários do CGL de saúde de outro município onde estes expressavam seus papéis por meio de propostas reivindicatórias quanto a bens e serviços de saúde insuficientes e inexistentes, sobretudo, com relação à solicitação de consultas médicas e medicamentos (CRACO, ALMEIDA, 2004).

Tal lógica pode responder a questões encontradas no cotidiano dos serviços de saúde onde a prescrição do cuidado ainda permanece centrada na queixa principal, sem levar em consideração o contexto e as relações sociais em que ele vive.

Porém, para que tal realidade possa sofrer alterações na direção que o sistema público de saúde tem apontado, vê-se a necessidade de usuários e profissionais se apropriarem dessa lógica organizativa proposta pelo SUS, onde a atenção primária à saúde deve ser visualizada como porta de entrada ao serviço de saúde, mas também como uma estratégia capaz de lidar com as questões epidemiológicas da região de abrangência daquela USF, propondo ações que promovam a saúde e previnam doenças. Dessa forma, visualiza-se uma grande questão que pode ser trabalhada pelos próprios profissionais da ESF com os usuários em suas realidades locais.

Seguindo esse tema, alguns profissionais identificam a organização do trabalho em saúde como uma estratégia capaz de planejar ações, estabelecer metas e prazos, indo ao encontro do que foi relatado nos dois parágrafos anteriores, pois se há uma apropriação por parte dos profissionais de saúde que as ações devem ser, minimamente, planejadas, pautando-se em referenciais concretos (dados epidemiológicos, demandas de acolhimento, por exemplo), pode-se supor a existência de um potencial capaz de articular com a realidade

apresentada pelos usuários, restando, de repente, uma maior aproximação dos profissionais à comunidade local. Alguns relatos trazidos pelos trabalhadores explicitam a noção dos mesmos com relação à organização do trabalho em saúde:

“A organização do trabalho em saúde facilita bem mais a gente depois assim... é... que a gente chega aonde a gente quer realmente, entendeu? Deixando as coisas mais organizadas”. (P06)

“Organização do trabalho seria uma forma da gente direcionar... organizar... decidir...”. (P10)

“A gente tem que ter um... tem que ter um planejamento (...) Pra gente conseguir trabalhar”. (P05)

“Eu entendo organização do trabalho em saúde como uma lógica de trabalho (...) com metas, com prazos e com... como é que eu vou dizer... com diretrizes mesmos”. (P03)

Tais considerações culminam com a necessidade da existência de algum momento destinado ao planejamento de ações, estabelecido em equipe, pois quando os profissionais ficam direcionados ao atendimento exclusivo da demanda que chega até à USF, dificilmente eles conseguirão desenvolver ações diferentes desse contexto. Além disso, é relevante que as ações sejam programadas a partir de dados epidemiológicos dessa demanda espontânea em sintonia com as realidades sociais, econômicas bem como com as necessidades dos usuários (BARALDI, SOUTO, 2011).

As ideias trazidas pelos usuários e trabalhadores apontam no sentido de se pensar na organização do trabalho em saúde direcionada ao fornecimento de assistência à saúde da população, porém um usuário divergiu do grupo com relação a essa organização ao sugerir que a gerência das USF deva ocorrer de maneira hierarquizada, com setorialização no ambiente de trabalho, contrariamente ao que é proposto pela PNH:

“Eu acho que com relação à saúde e a organização, é... (...) Todos os setores ter assim, uma pessoa responsável”. (U03)

“(...) porque é eu sei que mesmo cada setor tendo uma pessoa responsável por aquele setor, tem uma geral também, né?”. (U03)

Tais relatos nos remetem à organização do trabalho a partir das Teorias da Administração Científica no sentido de vislumbrar a existência de um profissional para cada tipo de trabalho a ser desenvolvido, procurando, de repente, aumentar a eficiência no serviço,

a produção do cuidado e enrijecer a divisão do trabalho. Além disso, prevê a organização da estrutura gerencial de maneira hierarquizada, com uma pessoa responsável pela estrutura geral e outras por setores específicos da unidade.

Tal noção (evidenciada na percepção da população através da prática profissional cotidiana, fruto de um processo histórico centrado na fragmentação e centralização de ações, com estruturas organizativas rígidas e hierarquizadas) também foi encontrada em um estudo realizado com coordenadores da ESF do município de Uberaba/MG que possuíam uma postura, para o desenvolvimento de suas ações, bastante centrada na hierarquização, no autoritarismo e na ampla dificuldade em lidar com os recursos humanos (MELO *et al.*, 2010).

Outras ideias trazidas pelos sujeitos que permeiam a reprodução do modelo hegemônico com relação ao gerenciamento do trabalho em saúde fortemente centralizado em algum(uns) membro(s) específico(s) da equipe, podendo ser observado pelos seguintes relatos:

“(...) identificar alguém que executa mais essa função de gestora assim... a enfermeira”. (P09)

“(...) alguém que tem mais destaque na parte de gestão? Hum... a enfermeira”. (P08)

“(...) eu identifico quem se destaca nesse papel... de organização... a enfermeira, claro”. (P04)

“(...) quem mais exerce essa função eu acho que é a enfermeira e a dentista mesmo”. (P02)

Quando se centraliza as ações gerenciais sobre o enfermeiro, alguns justificam essa relação com a própria formação desse profissional, que contempla o gerenciamento de unidades e de setores.

Vale lembrar que a enfermagem moderna (século XIX) surgiu justamente a partir da necessidade de se organizar os hospitais militares para o cuidado dos soldados envolvidos na Guerra da Criméia. Portanto, *“ela surge já exercendo o gerenciamento, pois assume tanto a organização do ambiente quanto a organização e treinamento dos agentes de enfermagem”* (FELLI, PEDUZZI, 2005, p. 4).

Sendo assim, observa-se que essa categoria profissional tem construído um processo histórico no exercício de funções voltadas à coordenação e ao gerenciamento de equipes, sendo identificado que os enfermeiros vêm se ocupando de questões burocráticas dos serviços de saúde ao longo dos tempos (RODRIGUES, JULIANI, 2010).

Portanto, torna-se pertinente o desenvolvimento do gerenciamento em saúde pelo enfermeiro devido seu processo histórico de apropriação desse conhecimento. Porém, vale lembrar que a proposta apontada, sobretudo, pela PNH, é de não existir a centralização de ações gerenciais sobre um profissional específico da equipe de saúde (BRASIL, 2009), cabendo, portanto, ao enfermeiro utilizar desse conhecimento e de outros inerentes ao exercício profissional (liderança, por exemplo) para aproximar, direcionar e articular com os demais membros desse grupo contribuindo com a construção da cogestão em saúde.

Vê-se necessária a articulação ensino-serviço no intuito de rever as práticas necessárias ao âmbito gerencial, visando a reflexão frente as divergências existentes entre os propósitos com relação à formação dos trabalhadores em saúde e os serviços (FERNANDES *et al.*, 2010).

Dessa forma, pode-se dizer que tanto os profissionais quanto os usuários do sistema de saúde corroboram com a organização pautada nos princípios do taylorismo e do fordismo, carregando consigo uma abordagem do gerenciamento do trabalho em saúde ainda fundamentada na lógica centralizadora.

Sendo assim, reitera-se que o modelo de gerenciamento do trabalho instituído possui estreita relação com o modelo assistencial em vigor (MELO *et al.*, 2010). Portanto, há de se atentar para a forma com que a atenção à saúde tem sido executada, problematizar, quando houver, a centralização de funções sobre algum(uns) membro(s) da equipe e trabalhar na tentativa de aproximar os usuários no intuito de participarem da organização do trabalho em

saúde e na prescrição do próprio cuidado, iniciando, de repente, pelo convite explícito para que estes façam parte dos momentos de discussão em grupo.

5.1.2. Participação social em saúde

Os relatos trazidos pelos sujeitos apresentam elementos acerca da participação social em saúde nesse contexto.

A idealização do controle social sobre as ações do Estado destaca o início da participação da sociedade civil, de maneira legal, sobre as questões políticas do país, sedimentando-se na Reforma Sanitária Brasileira (década de 80), com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que culminou com a elaboração da Constituição de 1988 que prevê, em seu bojo, a democratização das ações em saúde, cabendo ao Estado o dever de provê-la (BATISTA, MELO, 2011).

Partindo do conceito de democracia, tem-se que esta consiste “*na possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões*”. Portanto, sugere-se que esta é um produto social, dependente de confrontos entre poderes instituídos e movimentos sociais, podendo ser considerada como produtora de sujeitos (CAMPOS, 2007, p. 41).

Porém, necessita-se de mínimo conhecimento acerca de quais seriam os direitos e deveres para o exercício da cidadania, quais os objetivos de se encontrar inserido em determinado espaço e o que vem a ser o gerenciamento do trabalho em saúde para se pensar na possibilidade de desenvolver uma discreta cogestão em saúde.

A não compreensão dos seus direitos com relação ao gerenciamento do trabalho em saúde sugere a realidade de usuários do sistema público de saúde. O relato abaixo nos fornece essa observação de maneira explícita, após o questionamento do que vem a ser a organização do trabalho em saúde:

“(...) nós (população) não sabemos se podemos participar porque senão a gente participaria e estaria dando uma força para fazer um trabalho melhor do que está, né?”. (U02)

Percebe-se, através do relato, a intenção propositiva por parte de um representante dos usuários no CGL de saúde local em prol do desenvolvimento de atividades conjuntas à equipe de saúde. Pode-se dizer que o relato fornece uma informação que relaciona a não participação dos usuários no gerenciamento do trabalho da USF, assim como o não conhecimento da existência dessa possibilidade por eles.

Um estudo realizado por Cotta *et al.* (2009), em um município do estado de Minas Gerais, constata a realidade vivenciada por usuários que compõem o Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde 79,4% deles nunca receberam nenhum tipo de capacitação ou formação direcionada à função a ser exercida e ocupada por esse usuário dentro desse conselho de saúde.

Ora, se dentro de um órgão que deveria acontecer o exercício da representatividade legal por parte de todos os seres envolvidos no processo, os sujeitos que ocupam a representatividade dos usuários do sistema de saúde público não possuem alguma formação e/ou orientação por estarem nessa posição, minimamente, privilegiada no sentido de adquirir maiores elementos e direcionamentos com relação às políticas públicas municipais, quem dirá os usuários de um CGL de saúde que, muitas vezes, não possuem nem a aptidão que, geralmente, os representantes dos CMS, quando eleitos pelo público, possuem.

Além disso, de acordo com o mesmo estudo de Cotta *et al.* (2009), conselheiros quando passados por algum processo de formação, apresentam uma média de intervenções nas reuniões e de articulações com sua base mais elevada que conselheiros que não passaram por esse processo.

Pode-se dizer que o envolvimento para o exercício da democracia deve acontecer a partir de iniciativas conjuntas. Parte dessa contribuição deve vir dos próprios usuários do

sistema de saúde que deveriam se despir de uma postura passiva; que espera por algo e vestir-se de um sentimento de busca por conquistas coletivas e, outra parte advém dos profissionais que estão diretamente lidando com a população no sentido de convidá-la a participar dos momentos de discussão conjunta, tentando despertar o anseio para a participação social nos ambientes públicos (MATUOKA, OGATA, 2010).

Alguns relatos trazidos por um usuário explicitam o movimento realizado pelos profissionais de saúde no intuito de convidá-los a participarem dos momentos de discussão em equipe acerca da organização do trabalho em saúde:

“você (profissionais) são umas pessoas assim que quer que a gente ouve”. (U01)
“Porque eles (profissionais) sempre me chamam para participar das reuniões de equipe. E eles (profissionais) até gostam que eu estou ali”. (U01)

Percebe-se a dinâmica de atuação advinda dos profissionais de saúde desta USF para com a participação social nas decisões acerca da organização do trabalho em saúde. Subentende-se que o convite tem sido feito, mas algo interrompe o processo de aproximação de alguns usuários aos profissionais de saúde ou aos momentos de discussão acerca da rotina de trabalho da unidade.

Vale destacar que a participação não é um conteúdo passível de ser transmitido, nem ainda uma agilidade capaz de ser adquirida através de treinamento, mas um comportamento construído por meio da reflexão crítica e do amadurecimento por parte do cidadão, compreendendo a participação popular como *“um processo que se constrói, diante da magnitude de criação de uma nova cultura política democrática, em oposição à cultura de ‘exclusão’ criada historicamente pelas elites dominantes em todo o país”* (COTTA et al., 2010, p. 2443).

Uma questão que vai ao encontro da participação social junto às reuniões, onde os usuários desempenham o caráter representativo, diz respeito ao sentimento de inferioridade apresentado por eles em comparação com os demais membros presentes no ambiente de

discussão. A baixa escolaridade dos usuários e a diferença de linguagem empregada nos discursos pelos profissionais que, segundo Batista e Melo (2010) podem ser utilizadas, inclusive, como exercício da relação de poder, podem ser fatores que influenciam diretamente na execução da participação social sobre as ações em saúde (CRISTO, 2012).

Adentrando às relações de poder entre os sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, a horizontalização dessas relações pode proporcionar a composição de afetos interpessoais, através das singularidades e da interpessoalidade presentes nos encontros entre os profissionais e entre estes com os usuários, ampliando os espaços de compartilhamento da gestão do cuidado (FERREIRA *et al.*; 2009).

Segundo Soares e Raupp (2009) democratizar a gestão implica na partilha de decisões e do poder, descentralizando responsabilidades, funções e tarefas gerenciais. O sucesso na conquista dessa democratização, nesse caso, pode ocorrer, por exemplo, por meio do convite efetivo, aos usuários, a participarem dos momentos de discussão da organização do trabalho desenvolvido pela equipe da ESF em questão, valorizando e incentivando essa participação. Momentos como as reuniões de equipe, que também são utilizadas para a problematização de questões que envolvem a organização do trabalho em saúde, poderiam ser de grande utilidade para a inserção dos usuários nesse processo de partilha do gerenciamento do trabalho em saúde, além de colocá-los em contato com questões que envolvem o cotidiano do trabalho em saúde e que podem não ser percebidas por eles.

Além disso, através dos CGL de saúde poder-se-ia travar uma parceria entre profissionais da USF e usuários do sistema de saúde local em prol da organização do trabalho conjunto, elaborando-se estratégias capazes de direcionar as atividades a serem desenvolvidas para o atendimento da população. Dessa forma, as ações aconteceriam de maneira unidirecional, a fim de se alcançar objetivos análogos, despertando o sentimento de pertença por parte de todos os envolvidos no processo de execução das tarefas.

Seguindo nessa direção, evidencia-se, através do relato de apenas um profissional, maior amplitude acerca do significado de organização do trabalho em saúde para ele em detrimento das considerações trazidas pelos demais sujeitos desse estudo, pois ele insere a comunidade no processo, diferentemente dos demais, que nem relataram a respeito:

“(...) a organização do trabalho em saúde é uma relação é... bastante coesa entre os profissionais de determinada Unidade de Saúde com a comunidade e desses com o poder central”. (P01)

Tal fato vai ao encontro da democratização da gerência do trabalho em saúde, permeando o ideal de cogestão em saúde, perpassando pela organização de um coletivo de trabalho.

Segundo Scherer *et al.* (2009) coletivo de trabalho consiste em um movimento onde o profissional utiliza a si mesmo em função do que os outros lhe demandam e em razão do que ele próprio se demanda, além de fazer uso do que os demais profissionais têm a oferecer.

Tal abordagem é uma estratégia capaz de correlacionar todos os membros envolvidos (profissionais e usuários) no processo de trabalho em prol da organização de uma cogestão em saúde.

A partir de então, o gerenciamento democrático, participativo pode ser considerado como dependente de uma construção ampliada da capacidade de direção de um conjunto de pessoas e, não apenas, de um indivíduo (CAMPOS, 2007).

Pode-se supor que, o gerenciamento do trabalho em saúde, fundamentado na estrutura discorrida anteriormente, pode ser capaz de gerar o apoio mútuo entre os membros de uma equipe de saúde para o desenvolvimento de atividades diárias, quando se insere a co-responsabilização dos sujeitos envolvidos pelas decisões a serem tomadas através da cogovernança que, segundo Campos (2007, p. 43) *“é uma tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho”*.

Necessita-se considerar a inserção dos usuários nos processos decisórios dos equipamentos de saúde, sobretudo, locais, por considerar a comunidade como protagonista

das novas visões sobre o território de abrangência do serviço, bem como sobre as reais necessidades de saúde locais, readequando e influenciando as práticas dos trabalhadores de saúde. Dessa forma, os modelos de atenção e gestão vislumbram a precisão de colocar o usuário e a comunidade em posição central no processo de formulação e operacionalização das ações de saúde, buscando consolidar a dialética da gestão como uma prerrogativa do trabalho em saúde (MAXTA *et al.*, 2010).

São perceptíveis os movimentos realizados por parte dos profissionais de saúde em estudo para que haja a participação dos usuários sobre as questões que envolvem a organização do trabalho em saúde. Porém, esses movimentos, notoriamente, devem acontecer de maneira mais insistente, possibilitando a apropriação por parte dos usuários da relevância de sua participação nesses momentos de cogestão do serviço de saúde. A partir da participação social sobre as questões que envolvem a organização do trabalho em saúde chega-se a uma ação de politização dos usuários a ponto de, a partir de então, conseguirem iniciar um processo de participação social sobre as ações executadas pelos serviços de saúde.

5.2.3. Facilidades e dificuldades para o desenvolvimento da cogestão em saúde

Adentrando as questões referentes às facilidades levantadas pelos sujeitos dessa pesquisa com relação ao desenvolvimento da cogestão em saúde, tem-se uma grande diversidade de aspectos relatados por eles. Tais facilidades perpassam as aptidões pessoais para ocupar algum cargo representativo, trazido por um usuário; a união da equipe, onde ambos (usuários e profissionais) apresentam essa abordagem que, inclusive, corresponde à grande maioria dos relatos; e o comprometimento da equipe, concebido por dois profissionais.

Tomando o primeiro item, aptidões pessoais para ocupar algum cargo representativo, tem-se:

“Porque que nem eu falei pra você, eu já estou acostumada a trabalhar... é... ser líder de grupo (...) estar na frente de trabalhos e lidar com bastante gente. Tal fato, querendo ou não, facilita eu trabalhar junto com a equipe de saúde”. (U03)

Observa-se que tal relato caminha contrariamente ao que é previsto pelos preceitos da cogestão em saúde, fundamentada na inexistência de uma liderança, centralização de ações e uma hierarquização gerencial, o que se encontra de forma explícita nos relatos anteriores.

A aptidão para a realização do trabalho em grupo pode ser um potencializador no desenvolvimento da cogestão em saúde. Porém, ainda é necessário que haja uma atenção voltada ao processo de aperfeiçoamento dos usuários que compõem os CGL de saúde no sentido de aproximá-los da temática referente às políticas públicas de saúde e, até mesmo, às próprias legislações que regem o SUS.

Vários trabalhos que fazem referência à participação social em saúde trazem o processo de capacitação, acesso à informação, assessoria e educação permanente dos conselheiros gestores como uma potência na concretização da participação social em saúde (BATISTA, MELO, 2010; COTTA *et al.*, 2010; LACAZ, FLÓRIO, 2009).

Campos (2007) acredita no fortalecimento dos sujeitos e na construção de democracias institucionais para se concretizar a cogestão em saúde. Tal fortalecimento surgiria a partir da ampliação da capacidade analítica dos membros e da intervenção dos próprios sujeitos e dos grupos inseridos nesse contexto.

Uma outra facilidade apontada pela maioria dos sujeitos, tanto usuários quanto profissionais, com relação ao desenvolvimento da cogestão em saúde dentro desses grupos em estudo refere-se ao desenvolvimento do trabalho em equipe. Alguns relatos de entrevistas explicitam a união da equipe como um potencializador no exercício da cogestão em saúde:

“Bom, acho que a facilidade é que todo mundo conversa com todo mundo”. (P06)

“Ah... a facilidade que eu vejo que... pra mim... é o apoio de toda a equipe. A gente se dá bem. A gente conversa sem problemas, sabe?”. (U02)

“Ah... não sei... acho que assim: a equipe é bem unida... tem essa facilidade de conversar um com o outro, sabe? Todos se dão bem aqui”. (P10)

A união, está mais relacionada às questões que envolvem as inter-relações pessoais, como a empatia e o “se dar bem com” do que, necessariamente, configurar uma união em prol

do exercício conjunto de determinada tarefa, com direção e finalidade únicas. Outro profissional integra esse arranjo e percepção por meio do relato:

“Facilidade... quando existe disponibilidade da equipe como um todo, eu acho que não tem problema nenhum (...) quando a equipe se envolve por uma causa única as coisas funcionam, mas ultimamente isso tem estado fragilizado”. (P03)

O trabalho em equipe consiste na realização de tarefas que são executadas por determinado número de profissionais de maneira consciente e coordenada, visando, que o conjunto dessas tarefas, aconteça em direção e finalidade únicas, e não justapondo quantidades de ações desconexas, de maneira alienada (CREVELIM, PEDUZZI, 2005).

Nesse sentido, não se pode afirmar que o trabalho está sendo executado em equipe, pois não é evidente a linearidade e objetivos únicos com relação ao desenvolvimento do trabalho, mas apenas questões que envolvem o relacionamento entre os membros que compõem esse grupo, pautado em boas aparências e na direção de se evitar desconfortos interpessoais.

Acredita-se que, *“a organização coletiva do trabalho institucionalizada promove relações de desejos, interesses e conflitos”* (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 540) o que leva a pressupor que é saudável, no trabalho em equipe, a existência de conflitos, sobretudo, para conseguir traçar uma estratégia que seja comum a todos os membros que compõem determinado grupo onde, previamente, estes membros possuíam ideias ou concepções diversas daquela finalmente construída.

Deve-se buscar uma consonância entre o discurso e a ação, pois estes podem estar se apresentando de maneira antagônica, *“uma vez que há carência em termos de compartilhamento de responsabilidades, trabalho interdisciplinar efetivo e desenvolvimento de projetos terapêuticos conjuntos”* (OLIVEIRA *et al.*, 2011, p. 545).

A empatia presente entre membros de um mesmo grupo pode até ser uma potencialidade na execução de um trabalho em equipe. E este, diante da ótica da gerência

local de serviços de saúde, se relaciona diretamente com a organização do trabalho, colocando em evidência as ferramentas que proporcionam sua construção e sustentação ao longo do tempo (PEDUZZI *et al.*, 2011).

Para a execução do trabalho em equipe, pressupõe-se a existência de uma co-responsabilização pelas ações que são tomadas, esbarrando no comprometimento profissional em prol da execução de tarefas elencadas em conjunto, correspondendo a outra facilidade desse grupo em estudo com relação ao desenvolvimento da cogestão em saúde, podendo ser observado através dos relatos:

“Olha, as facilidades que eu observo é o comprometimento, no caso do Programa da Saúde da Família, o que a gente observa é um comprometimento por parte de todos os membros que compõe essa equipe na execução das tarefas diárias”. (P01)
“(...) quando o pessoal assumi determinada função, eles se comprometem a executá-la e acabam executando (...) quando não fazem, retornam à equipe para problematizar”. (P02)

O comprometimento na execução de tarefas, sobretudo, quando traçadas conjuntamente é algo desejável e permeia, sobretudo, a PNH quando esta traz estratégias capazes de gerar um cuidado ampliado de sujeitos e comunidades a partir da criação de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que consistem em *“um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”* (BRASIL, 2008, p. 40).

Os princípios da cogestão/gestão compartilhada trazidos por Campos (2010), Merhy (2010), Cecílio (2010) e pelo Ministério da Saúde através da PNH (2004), contemplam a participação de todos os envolvidos no processo de trabalho, sem a existência de centralização de funções sobre um indivíduo específico, mas com a construção de ações pactuadas entre todas as pessoas envolvidas nesse processo que deverão se corresponsabilizar pelas tomadas de decisões.

Portanto, pode-se inferir que o grupo em estudo, na ótica dos sujeitos que relataram acerca do comprometimento dos profissionais com relação ao trabalho executado, possui um potencial na direção do exercício da cogestão em saúde.

Para além das facilidades encontradas no processo de gerenciamento do trabalho em saúde, foram relatadas algumas dificuldades com relação ao exercício da cogestão em saúde. As dificuldades listadas permeiam a desigualdade com relação ao grau de escolaridade e o fazer com que haja participação de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Os conflitos referentes à baixa escolaridade e o tipo de linguagem empregada nos discursos estiveram presentes no relato de um usuário quando questionado acerca da dificuldade encontrada por ele para fazer parte dos momentos de discussão junto aos profissionais que compõe o grupo em questão:

“Assim... como eu tenho oitava série... eu acho que não assim... só porque eu tenho oitava série, ela não é... não foi uma oitava série assim... que eu fui assim, uma aluna boa. Então, assim... eu tenho bastante dificuldade de entender os termos que os profissionais usam quando vão falar...”. (U1)

Ficou claro o desconforto vivenciado pelos usuários quando se observou o desenvolvimento de uma reunião do CGL de saúde. Todos apresentam comportamentos no sentido de demonstrar interesse e/ou compreensão perante tudo o que se está sendo dito. Porém, nem tudo o que foi explicitado pode ter sido compreendido, cabendo a este ou demonstrar a incompreensão através de expressões (faciais, corporais, fala...) ou manter a manifestação de compreensão sobre o que está sendo tratado, porém sem a real compreensão.

É possível que grande parte das manifestações que deveriam ser expressas devido à incompreensão do que é proferido, não ocorre em consequência do sentimento de inferioridade dos usuários perante os profissionais. Vários motivos podem explicar tal comportamento, sendo que o receio, a timidez e o medo, possivelmente, são alguns deles.

Paulo Freire (2004) aponta para a necessidade de se apoiar o indivíduo no sentido de que ele mesmo vença suas dificuldades com relação à compreensão ou à inteligência do

objeto, para que sua curiosidade seja compensada pelo sucesso no alcance da compreensão. E, dessa forma, mantenha o estímulo a continuar buscando, de maneira permanente, o conhecimento, pois ensinar não consiste em transferir a inteligência a outro indivíduo, mas instigá-lo a entender e comunicar o entendido.

Há necessidade de se trabalhar estratégias que sejam capazes de minimizar essas questões que envolvem as inter-relações dentro de um grupo. Um deles poderia ser a tentativa de dialogar com pouca utilização de termos técnicos e, mesmo assim, quando estes forem utilizados, deve-se perguntar a todos os participantes se tal termo foi compreendido por eles, colocando-se em uma postura disponível a explicar acerca da expressão utilizada, caso seja necessário.

Em consequente, deve-se pensar na possibilidade de organizar momentos de discussão que ofereçam direito a fala para todos aqueles que se encontram inseridos no contexto, sendo uma tarefa que pode ser pactuada pelos membros, centrada no respeito ao outro e nos pactos estabelecidos.

Nessa direção, outra dificuldade trazida pelos profissionais entrevistados consiste no fato de conseguir fazer com que haja participação, nas discussões, de todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho. O relato a seguir explicita tal dificuldade:

“Dificuldade são os outros profissionais que já não são tão participativos assim, né? Fazer com que eles sejam é muito difícil”. (P02)

“A gente enfrenta uma grande dificuldade com relação ao interesse... é... fazer com que os demais profissionais participem das discussões, né? É tão difícil!”. (P03)

Retomando à problemática referente à participação social, tem-se que a participação não consiste em um conteúdo capaz de ser transmitido, nem em uma agilidade que seja adquirida por meio de treinamento, porém um comportamento que pode ser edificado através da reflexão crítica e do amadurecimento por parte do próprio sujeito (COTTA *et al.*, 2010).

Propiciar que os sujeitos envolvidos participem ativamente das discussões em prol do gerenciamento do trabalho em saúde é algo que exige, minimamente, uma implicação por

parte desses sujeitos com relação ao processo de trabalho e organização do mesmo. Facilitar momentos de reflexão, sobretudo, sobre a prática profissional ou sobre o fato dos indivíduos configurarem como integrantes de um grupo, podem constituir em estratégias passíveis de alimentarem alguma apropriação por parte dos sujeitos com relação ao entendimento de grupalidade e seu papel no mesmo.

Em um trabalho, realizado na cidade de Uberaba/MG com coordenadores da ESF (MELO *et al.*, 2011), percebe-se uma maior quantidade de dificuldades que facilidades com relação ao exercício do gerenciamento em saúde. No presente estudo os sujeitos apontam mais facilidades para o desenvolvimento da cogestão em saúde do que dificuldades que, em várias entrevistas, nem foram relatadas.

Observa-se, apesar disso, que os sujeitos relatam que o atendimento à demanda espontânea e a ausência de tempo para o planejamento e programação de ações são fatores que têm dificultado o gerenciamento e os considera relevantes ao exercício profissional, consumindo grande parte do tempo, em detrimento de momentos destinados à reflexão da própria prática de cuidado à saúde individual e coletiva.

Porém, a partir de todo contexto analisado, alude-se à existência de um potencial em prol do desenvolvimento do trabalho em equipe e, conseqüentemente, o exercício da cogestão em saúde, pois eles conseguem identificar características que os auxiliam no desenvolvimento das atividades diárias. O apoio nessas facilidades e na abertura desses membros para a problematização da prática profissional, fazendo parte do projeto da gestão, são movimentos que direcionam ao processo de horizontalização da gerência, abarcando a participação social de maneira efetiva.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Necessita-se de articulação em rede entre os governos federais, estaduais e municipais com a academia e entre estes com os profissionais e usuários dos serviços públicos de saúde para que haja o direcionamento de ações conjuntas de maneira horizontal e com objetivos únicos, respeitando o contexto, assim como é previsto no trabalho em equipe.

No que se refere à participação dos usuários, executar ações no sentido de facilitar a compreensão da representação nos CGL de saúde, proporcionando a apropriação pelos mesmos da relevância em se construir e exercer a participação social sobre as ações em saúde.

Uma forma de se fazer, poderia ser a partir da aproximação da comunidade; da compreensão a respeito do que ela pensa, sente, procura, pretende e, a partir dessa contextualização, organizar estratégias construídas conjuntamente.

Com relação à organização do trabalho local, é nítida que esta deva ser estabelecida através de um olhar ampliado, ou seja, com ampla participação de todos os membros que compõem esse grupo (trabalhadores e usuários), direcionando para o exercício do trabalho em equipe, com vista a uma assistência à saúde que vise o cuidado integral, construído a partir das necessidades de saúde sentidas e percebidas. A utilização de estratégias como a Educação Permanente em Saúde podem potencializar a formação profissional nesse sentido.

Uma estratégia possível para se chegar a essa configuração poderia ser o fato de atentar para como a população tem visto a organização do trabalho dessa USF, cabendo, de repente, uma maior aproximação desses profissionais aos usuários dessa unidade para que, se houver algum equívoco de ambas as partes, este seja sanado e, até mesmo, esta organização seja reconstruída de maneira conjunta.

Para além do gerenciamento do trabalho em saúde, a organização de momentos que contemplem o planejamento de ações a serem desenvolvidas na assistência à saúde, pautadas em dados epidemiológicos e na singularidade dos sujeitos devem consistir em prioridades a serem incorporadas nos momentos de reunião de equipe. A educação permanente em saúde é considerada uma das ferramentas de gestão que facilita esse processo, considerando os seus pressupostos de reflexão da prática pelos diferentes atores que compõe o processo de trabalho em saúde.

Para isso, a existência de um gerenciamento do trabalho centrado nos princípios da cogestão em saúde, sem fragmentação de ações, descentralização de funções, participação dos usuários do serviço público de saúde nas tomadas de decisões e co-responsabilização de todos

os indivíduos que compõem essa equipe atuariam no sentido de auxiliar na efetividade desse processo.

Ações voltadas ao gerenciamento do trabalho centrado na cogestão em saúde e o incentivo de atitudes direcionadas à lógica do compartilhamento de atos desenvolvidos por todos os envolvidos nesse processo, podem ser estratégias capazes de fortalecer essa lógica organizativa, iniciando um processo de reconstrução da organização do trabalho em saúde, visando a promoção da participação social.

Visa-se, dessa maneira, ampliar o olhar com relação à prestação do cuidado em saúde que, a partir de então, deveria passar da singularidade dos indivíduos à identificação destes como parte de um contexto sócio-cultural e, não somente, na visão da doença como algo restrito ao meio biológico e individual.

Contudo, não se pretende esgotar as discussões e pesquisas relacionadas a esse assunto, especificamente por entender que o gerenciamento do trabalho em saúde consiste em uma temática bastante complexa e influenciada por diversas questões. Outros trabalhos ainda deverão ser desenvolvidos no objetivo de aprofundar a reflexão, visando contribuir para transformações do cotidianos dos serviços de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.

BARALDI, DC; SOUTO; BGA. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2011 jan-abr; 36(1): 10-17.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995.

BATISTA, EC; MELO, EM. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 337-347.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. - 2. ed. revista e atualizada. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 40, de 2003, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. - 21. ed. - Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003. 71 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Brasília; 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 16 de Outubro de 2012.

BRASIL. Diretoria de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 16 de Outubro de 2012.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1981.

CAMPOS, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

CAMPOS, GWS, CAMPOS, RTO. Gestão em saúde. “In”: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 231-235.

CAMPOS, GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2337-2344.

CASTANHEIRA, ERL. Gerência do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo; 1996.

CECÍLIO, LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Caderno de Saúde Pública*. 2010; 26(3): 557-566.

COTTA, RMM; CAZAL, MM; RODRIGUES, JFC. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(2): 419-438.

COTTA, RMM; CAZAL, MM; MARTINS, PC. Conselho municipal de saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2437-2445.

CRACO, PF; ALMEIDA, MCP. A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2004; 57(2): 188-192.

CREVELIM, MA; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(2): 323-331.

CRISTO, SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço Sociologia Social*. 2012 jan-mar; (109): 93-111.

FELLI, VEA; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. “In”: KURCGANT, P. Gerenciamento em enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-13.

FERNANDES, MC; BARROS, AS; SILVA, LMS; NÓBREGA, MFB; SILVA, MRF; TORRES, RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010 jan-fev; 63(1): 11-15.

FERREIRA, VSC; ANDRADE, CS; FRANCO, TB; MERHY, EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009 abr; 25(4): 898-906.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

GONÇALVES, RBM. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor; 1992.

LACAZ, FAC; FLÓRIO, SMR. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(6): 2123-2134.

LEONARDI, M. *Contribuição das teorias administrativas na produção do conhecimento sobre administração em enfermagem: análise de um periódico [dissertação de mestrado]*. Ribeirão Preto; 2004.

MATUOKA, RI; OGATA, MN. Análise qualitativa dos conselhos locais de atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2010; 13(4): 396-405.

MAXTA, BSB; ALMEIDA, AB; SILVEIRA, LB; SOLEMAN, C; OGATA, MN. Educação popular em saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2010 mar-jun; 8(1): 155-166.

MELO, FAB; GOULART, BF; TAVARES, DMS. Gerência em saúde: a percepção de coordenadores da estratégia saúde da família, em Uberaba-MG. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011 jul-set; 10(3): 498-505.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, EE. Efeitos diante do convite de construir um espaço comum entre formuladores sobre gestão e planejamento em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2275-2284.

MINAYO, MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família. Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos*. 2. ed. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF; 2005

MISHIMA, SM. *A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde – o caso do Programa de Saúde da Família [tese de livre docência]*. Ribeirão Preto; 2003.

MOTTA, PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.

- MOTTA, FCP. Teoria das organizações: evolução e crítica. 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thonson Learning; 2001.
- OLIVEIRA, HM; PIRES, ROM; PARENTE, RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de saúde da família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface*. 2011; 15(37): 539-550.
- OLIVEIRA, ML; ALMEIDA, ES. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde Sociedade*. 2009; 18(1): 141-153.
- PEDUZZI, M; CARVALHO, BG; MANDÚ, ENT; SOUZA, GC; SILVA, JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(2): 629-646.
- RODRIGUES, LCR; JULIANI, CMCM. O processo de cogestão na estratégia saúde da família: perspectiva de enfermeiros. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010 abr-jun; 9(2): 390-397.
- ROCHA, JSY. A gestão da saúde no Brasil. Relatório Técnico n. 9 – Depto Medicina Social, FMRP-USP, fev. 2005.
- SCHERER, MDA; PIRES, D; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43(4): 721-25.
- SCHWARTZ, E; LANGE, C; MEINCKE, SMK. A enfermagem e os cuidados à saúde da família rural. *Família Saúde Desenvolvimento*. 2001; 3(1): 48-53.
- SILVA, ALA. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência [tese de doutorado]. Campinas; 2004.
- SILVA, JM; CALDEIRA, AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2011 mar-jun; 9(1): 95-108.
- SOARES, RS; RAUPP, B. Gestão compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde do SUS. *Revista de Atenção Primária à Saúde*. 2009; 12(4): 436-447.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- YIN, RC. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- WEISZFLOG, W. Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa. 4ª ed. São Paulo: Melhoramentos; 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [base de dados na internet]. IBGE. 2010 [acesso em 18 Out 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=354890>

Prefeitura Municipal de São Carlos [base de dados na internet]. [acesso em 18 Out 2012]. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

JUNQUEIRA, TS; COTTA, RMM; GOMES, RC; SILVEIRA, SFR; BATISTA, RS; PINHEIRO, TMM; SAMPAIO, RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Caderno de Saúde Pública. 2010; 26(5): 918-928.

LIMA, TCS; MIOTO, RCT; PRÁ, KRD. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. Textos & Contextos. 2007; 6(1): 93-104.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. "In": PEREIRA, IB; LIMA, JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 419-426.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, LB. Processo de trabalho em saúde. "In": PEREIRA, IB; LIMA, JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 320-328.