

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

JULIANA DELALIBERA THOBIAS MENDES

A GERÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS

São Carlos

2013

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

JULIANA DELALIBERA THOBIAS MENDES

A GERÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Coorientador: Prof^a. Dr^a. Roseli Ferreira da Silva

São Carlos

2013

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

M538gu

Mendes, Juliana Delalibera Thobias.

A gerência nas Unidades de Saúde da Família : o olhar dos profissionais / Juliana Delalibera Thobias Mendes. -- São Carlos : UFSCar, 2013.

115 f.

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

1. Saúde - administração. 2. Saúde da família. 3. Serviços de saúde - organização. 4. Atenção à saúde. I. Título.

CDD: 362.11068 (20^ª)



FOLHA DE APROVAÇÃO

JULIANA DELALIBERA THOBIAS MENDES

**“A GERÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS
PROFISSIONAIS.”**

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 08/04/2013

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^(a). Dr^(a). Roberto de Queiróz Padilha/UFSCar

Prof^(a). Dr^(a). Everton Soeiro/HSL

Prof^(a). Dr^(a). Adriana Barbieri Felicano/UFSCar

*Dedico esta Dissertação ao meus pais, que
através de seus exemplos como pais me ensinam a simplicidade do amor, a ética do respeito
e a humildade de partilhar.*

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta etapa de formação e esforço não poderia deixar de agradecer algumas pessoas, as quais fizeram de alguma forma parte deste processo e marcaram tão importante conquista.

Ao meu **orientador Dr. Roberto de Queiroz Padilha** por acreditar em mim e aceitar-me como orientanda. Com a sua longa experiência e competência na área de gerência enriqueceu este trabalho com contribuições sempre pertinentes. Foi um privilégio ser sua orientanda.

À minha **co-orientadora Dra. Roseli Ferreira da Silva** pelo seu acolhimento, pelos sábados de estudos, por toda a sua disponibilidade e contribuição durante todo o estudo, pelo seu jeito humano de ser. Agradeço pela sensibilidade de escuta.

Ao **professor Dr. Everton Soeiro** pela grande contribuição e participação na banca de qualificação.

À **professora Dra. Adriana Barbieri** por acompanhar minha trajetória enquanto residente e mestranda e por suas contribuições na banca de qualificação.

Aos meus **pais Célia e Benedito** que sempre me apoiaram incondicionalmente, que apostaram em mim mais que ninguém e que seguramente são os que mais compartilham da minha alegria.

À minha **irmã Franciane** ao companheirismo e por sempre ser cúmplice de todos os meus sonhos.

Ao meu **namorado Bruno** pelo companheirismo, pelo incentivo, pelas contribuições no meu mestrado e compartilhamento de angústias e alegrias durante este período. Agradeço ainda por todo o seu amor.

Aos meus **amigos do mestrado** que me acompanharam neste percurso, agradeço pelo companheirismo e por todos os momentos de discussões e reflexões.

Aos **Professores do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos** obrigada por todo ensinamento, carinho e pelas palavras que eu ouvi durante esses dois anos de mestrado.

Ao **Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos** por ter me acolhido para cursar o mestrado.

Aos **profissionais gerentes das Unidades de Saúde da Família de São Carlos**, sem os quais o meu estudo não poderia ter sido realizado, por dividir comigo as suas experiências o que permitiu enriquecer a minha pesquisa.

RESUMO

JULIANA, D. T. M. A Gerência nas Unidades de Saúde da Família: o olhar dos profissionais.

O estudo tem como objetivo investigar a organização do processo gerencial em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de São Carlos, São Paulo, na perspectiva dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas de cinco equipes de saúde da família. O estudo realizado foi do tipo exploratório de caráter qualitativo. Baseou-se na modalidade designada como entrevista centrada no sujeito, que se fundamenta na possibilidade de exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador deste trabalho. O estudo está sustentado nos relatos sobre o processo de gerência vivenciado por esses profissionais tomando como categorias analíticas: o Processo de Trabalho; o Processo de Cuidado e o Processo de Educação Permanente. Para a análise de dados utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (1977). Verificou-se que a gerência foi reconhecida pelos profissionais como uma ferramenta importante para a efetivação das práticas da USF no município estudado, no entanto, é pouco desenvolvida e sua efetiva implementação mostrou-se um grande desafio aos gestores responsáveis. Identificou-se, nas USF estudadas, uma gerência fortemente centrada nos profissionais enfermeiros, por isso faz-se necessário uma mudança na maneira por meio das quais os profissionais da ESF vêem suas práticas gerenciais e que os profissionais responsáveis pela gerência sejam estimulados a pensar em metodologias, conhecimentos e práticas capazes de tornar a gerência atualmente empregada mais próxima àquela proposta pela ESF.

Palavras chaves: Gestão em Saúde. Administração de Serviço de Saúde. Saúde da Família. Organização da Atenção da Saúde.

ABSTRACT

JULIANA, D. T. M. The Management in the Family Health Units: the view of the professionals.

This study aims to investigate the organization of the management process in the Family Health Units (FHU) in São Carlos, São Paulo, in the perspective of physicians, nurses and dentists of five Family Health Group (FHG). The study type was exploratory with a qualitative character. It was based on the interview form designated as subject-centered, which is based on the possibility of exploration of issues defined in advance by the researcher of the project. The study is based on reports about the management process experienced by these professionals taking as analytical categories: the Labour Process, the Care Process and the Continuous Education Process. In order to analyse the data, the Content Analysis based on the thematic modality proposed by Bardin (1977) was considered. It was verified that the management was recognized by professionals as an important tool for the consummation of the practices of FHU in the municipality studied, however, it was little developed and its effective implementation has shown itself as a great challenge to the responsible managers. It was identified, in the studied FHU, a management style highly centered on the nursing professionals, what makes necessary a change on the way through the professionals of the FHG see their managerial practices and that professionals responsible by the management be stimulated to think in methodologies, knowledge and practices capable of make the management currently employed closer to that proposed by the FHT.

Keywords: Health Management. Health Care Administration. Family Health. Health Care Organization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, 2012	39
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Distribuição das USF, segundo as Administrações Regionais de Saúde, São Carlos, 2012.....	40
Quadro 02. Distribuição dos profissionais pertencentes às 05 Unidades de Saúde da Família escolhidas para o estudo, São Carlos, 2012.....	57
Quadro 03. Distribuição do número de profissionais gerentes segundo, sexo, tempo de formados, tempo de experiência em USF, tempo de experiência na USF atual e pós-graduação/especialização, São Carlos 2012.	58

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ARES	Administração Regional de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CD	Cirurgião Dentista
CEME	Centro Municipal de Especialidades
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DRS	Departamento Regional de Saúde
EC	Educação Continuada
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GPS	Sistema de Posicionamento Global
NIS	Núcleo Integrado de Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	17
OBJETIVO	20
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO – GERÊNCIA E A SAÚDE DA FAMÍLIA	22
1.1 GERÊNCIA E GESTÃO	24
1.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	28
1.3 GERÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
1.4 A COGESTÃO EM SAÚDE.....	31
1.5 ATRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIRO, MÉDICO E DENTISTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	32
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
2.1 TIPO DE ESTUDO	38
2.2 LOCAL DO ESTUDO.....	38
2.2.1 <i>A implantação das Unidades de Saúde da Família na Cidade de São Carlos</i>	41
2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	43
2.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
2.6 REFERENCIAL ANALÍTICO	46
2.6.1 <i>Processo de Trabalho</i>	47
2.6.2 <i>Processo de Cuidado</i>	49
2.6.3 <i>Processo de Educação Permanente</i>	50
2.7 ANÁLISE DE DADOS.....	52
CAPÍTULO III - RESULTADOS/DISCUSSÃO - O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	55
3.1 O PERFIL DOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	57
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO	63
3.2.1 <i>Trabalho e Comunicação em Equipe</i>	63
3.2.2 <i>O Fluxo e o Planejamento do Trabalho</i>	66
3.2.3 <i>Processo de Tomada de Decisão</i>	68
3.2.4 <i>Ferramentas para a Organização do Trabalho</i>	70
3.2.5 <i>Os Agentes Comunitários de Saúde na USF</i>	72
3.2.6 <i>O Exercício da Gerência</i>	75
3.3 O PROCESSO DE CUIDADO.....	77

3.3.1	<i>A Integralidade do Cuidado</i>	77
3.3.2	<i>O Acolhimento</i>	79
3.3.3	<i>A Visita Domiciliar</i>	80
3.3.4	<i>O Modelo de Atenção à Saúde</i>	82
3.4	O PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	83
3.4.1	<i>Educação Permanente como Ferramenta do Trabalho</i>	83
3.4.2	<i>Conceito de Educação Permanente versus Educação Continuada</i>	84
CAPÍTULO IV - A TÍTULO DE FINALIZAÇÃO		88
CAPÍTULO V - REFERÊNCIAS		100
CAPÍTULO VI - APÊNDICE		111
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA		113
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....		114

Apresentação

“...nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando as suas razões e seus objetivos.”

Minayo, 1998

Durante dois anos, participei como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), esta experiência foi vivenciada em uma equipe matricial em duas Unidades de Saúde da Família (USF), no município de São Carlos. Apesar de se localizarem em territórios diferentes, minha observação mostrou que possuem as mesmas dificuldades em relação ao processo de gerência, ou seja, os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas não demonstraram atitudes de gerência ou ainda de gerência compartilhada no cotidiano da USF.

Esta experiência resultou em inúmeras inquietações sobre as dificuldades enfrentadas por estes profissionais em relação a gerência de um serviço de saúde, mais especificamente de uma Unidade de Saúde da Família. Por isso, fiquei estimulada em estudar o processo gerencial nas USF, do município de São Carlos, justamente por ter vivenciado na prática esta questão de gerência.

Em São Carlos, a gerência da USF deve ser compartilhada entre os profissionais médico, enfermeiro e dentista. Embora, não foi encontrado nenhum documento oficial, no qual esteja explícito que a gerência deve ser compartilhada entre estes profissionais, porém toda equipe de saúde da família tem o conhecimento desta gerência compartilhada.

Entende-se que o manejo para se fazer gerência, ou ainda a gerência compartilhada envolva aspectos relacionados à formação profissional, o compromisso desses profissionais, bem como o enfrentamento dos conflitos no cotidiano dos serviços, que pretendem por meio

da articulação dos vários saberes, desenvolver suas ações com vistas à integralidade do cuidado. A ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e deve fundamentar-se na efetivação de políticas sociais e, em específico, de saúde.

Objetivo

Este estudo se propõe a investigar como se organiza o processo gerencial em Unidades de Saúde da Família no município de São Carlos, São Paulo, na perspectiva dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Saúde da Família.

Capítulo I

INTRODUÇÃO – Gerência e a Saúde da Família

“Um poema, uma tela, uma peça, um livro, uma tese, um filho. Gestação profundamente silenciosa. Travessia marcada pela angústia do vir a ser. Chegou o dia de partir. Eis o fruto que alimentamos com o nosso sangue, com a nossa vida, porém não nos pertence mais, é do mundo.”

Maria Iêda Gomes Vanderlei, 2005

1.1 Gerência e Gestão

A gerência é a arte de pensar, de decidir e de agir, é a arte de fazer acontecer, de obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, mas que tem que ser alcançados através das pessoas; numa interação humana constante. Pode se tratar gerência como algo científico, racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, para se prever e antecipar ações de forma mais consequente e eficiente. Tem-se que se aceitar a existência, de uma face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe conferem a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional, do espontâneo e do irracional (MOTTA, 2004).

A gerência é a função administrativa da mais alta importância. É o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela (PASSOS; CIOSAK, 2006).

Para Motta (2004), gerência é o exercício de uma atividade com um objetivo comum que exige mais de uma pessoa para exercê-la, que requer uma ação calculada ou uma racionalidade de meios para se alcançar os fins, e necessita de cooperação e coordenação entre indivíduos para que um não atue em detrimento ou oposição ao outro.

A gerência, que pode ser entendida como um instrumento importante para efetivação de políticas é, ao mesmo tempo, condicionante do e condicionada pelo modo que se organiza a produção de serviços. Esta dupla posição de produto de um determinado contexto e de criador deste mesmo contexto torna o processo permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais interessados em diversas políticas de saúde (MISHIMA et al., 1997).

Merhy (1997), defende a ideia de que gerenciar serviços de saúde é atuar numa "dobra" entre a ação e o autogoverno dos sujeitos do trabalho em saúde. O mesmo autor acredita que gerenciar é menos capturar sujeitos para um trabalho e mais "construir" sujeitos. Sujeitos estes que possam ser criativos, éticos, tecnicamente competentes e associados a um projeto de saúde "em defesa da vida" das pessoas.

Para que a gerência possa ser bem executada é necessário a cooperação e coordenação entre os indivíduos envolvidos. Além disso, os atores precisam se sentir pertencentes a esta dinâmica – valor de pertença à gerência –, sentir o reconhecimento do outro com o qual compartilha decisões e a solidariedade por ele manifestada.

Espera-se que gerentes adquiram a capacidade de tratar o comportamento administrativo não só nos seus aspectos formais ou do ponto de vista do contexto social e político, mas também nos seus aspectos de motivação individual e de condições de trabalho. É necessário que gerentes aprendam a comprometer indivíduos com a ação cooperativa e com a inovação lidando diariamente com conflitos, acomodação, pessimismo, aceitação de ineficiência e pressões (MOTTA, 2004).

No entanto, observa-se que a gerência no setor de saúde encaminhou-se para atividades burocráticas que visam o preenchimento de relatórios de produtividade para alcançar o teto financeiro desejável e/ou de produção de procedimentos para recebimento dos atos mensuráveis, ou seja, os de recuperação e reabilitação da doença, enfatizando o modelo de atenção voltado mais para a doença do que para a saúde (BERTUSSI, 2002).

Contudo, é importante refletir sobre a gerência dos serviços de saúde como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais, no sentido da produção de cuidado em saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde. Esta possibilidade leva, portanto, a se pensar na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam, dirigem e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde (MISHIMA, 1997). Leva, ainda, a pensar no aprendizado sobre gerenciar que se deve basear não só nos conhecimentos sistematizados pela teoria, mas também incorporar formas de usufruir dos ensinamentos produzidos pela experiência individual tanto interna quanto externa à organização em que se trabalha (MOTTA, 2004).

Fica claro que a gerência detém um caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços e, neste sentido, é um instrumento importante para a efetivação das políticas de saúde. Na prática cotidiana da gerência, há necessidade de uma íntima e estreita articulação entre a racionalidade instrumental e a comunicativa, visto que à gerência cabe o estabelecimento de um permanente diálogo, pois a mesma lida com sujeitos em ação e em relação. A ação gerencial remete-se a um dado modelo de assistência e, neste sentido, esta deve superar seu aspecto estritamente instrumental, não lhe sendo conferida neutralidade. O entendimento sobre a gerência, a sua prática cotidiana e a sua ação possibilitam o recorte necessário para melhor compreender a gerência em sua constituição, limites e potencialidades (MISHIMA, 1995).

Por outro lado, segundo Motta (2004), a gestão é um termo genérico que surge, tanto quanto seus sinônimos, da ideia de dirigir e de decidir. A Norma Operacional Básica de 1996, NOB 96, instrumento utilizado para a regulação do Sistema Único de Saúde, conceitua gestão como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de atribuições de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. A norma ainda define

gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, ambulatório, hospital, instituto, fundação, que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema (BRASIL, 1997).

Outro documento oficial, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão, corrobora com o conceito da Norma Operacional Básica (NOB) e conceitua gestão como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. A gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores. A gestão se faz necessária, entre outros, por não haver previamente total coincidência entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos trabalhadores. Uma das tarefas da gestão é, portanto, construir coincidências entre os interesses e necessidades dos trabalhadores, a disposição de meios e os fins da organização (BRASIL, 2009a).

A gestão em saúde é uma das áreas da saúde brasileira na qual os gestores encaram desafios práticos de dirigir um sistema, e possíveis dilemas técnicos, éticos ou políticos, em seus enfrentamentos diários.

Concordando com a nossa posição admitida entre os conceitos de gestão e gerência Fernandes, Machado e Anschau (2009), conceitua o gestor como o indivíduo que ocupa uma posição estratégica no sistema de decisões e responde pela formulação e implementação das políticas de saúde exercendo as atribuições de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e autonomia. A gerência é tida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, representando as necessidades e os interesses da comunidade. Ela indica as atividades que precisarão ser desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, a programação, o controle e a avaliação das ações em saúde com resultados positivos e satisfação das necessidades da população.

Verifica-se, portanto, que é corrente o uso do termo gerência para a administração local, para a tarefa delimitada a uma unidade (Unidade de Saúde da Família, Ambulatório Hospitalar) que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema, enquanto o termo gestão refere-se aos níveis centrais de decisão, de administração, de modelos e de políticas de saúde.

Mesmo com a distinção conceitual dos papéis gerenciais, tanto de sistema como de serviço de saúde, ainda não ocorreu uma definição de atribuições para os gerentes nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que tem contribuído com uma absorção excessiva de atividades por diversos profissionais e, em consequência, comprometido os produtos finais que são o gerenciamento do processo de cuidar e a qualidade da atenção à clientela, de forma humanizada (NETO; SAMPAIO, 2007).

1.2 Estratégia Saúde da Família

A Constituição brasileira de 1988 definiu um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização com definição de porta de entrada. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos. Três características definem o novo modelo: a criação de um sistema nacional de saúde; a proposta de descentralização (o gestor do sistema será o executivo municipal); e a criação de novas formas de gestão, que incluem a participação de todos os atores envolvidos com a política (prestadores de serviços, trabalhadores, gestores e usuários) (VIANA;POZ, 1998).

A proposta de descentralização e as reformas administrativas desencadeadas no Brasil na década de 80 trazem para o debate a questão das tecnologias gerenciais em saúde. Os problemas relativos à oferta de serviços de saúde no Brasil podem derivar da baixa capacidade gerencial dos mesmos. A construção de conhecimentos que possam contribuir para o enfrentamento dos desafios propostos pelo SUS aponta para a questão de tomar o trabalho de gerência dos serviços de saúde como tema de importância (FRACOLLI; EGR, 2001).

Após a Constituição de 1988 o Brasil experimentou, com o movimento descentralizador, novos paradigmas na administração pública juntamente com a implementação das Normas Operacionais Básicas, NOB 93, e especialmente a NOB 96, que induziram a redefinição de atribuições e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios (PAIM;TEIXEIRA, 2007).

Em 1994, no bojo dos projetos de descentralização e de mudanças do modelo de atenção e gestão, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família. Tal estratégia tem como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde. Ela abrange a valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho; a proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; o compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; o compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; o comprometimento com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos (BRASIL, 2009b).

A Estratégia de Saúde da Família busca mudar paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e um novo fazer, no qual o foco passe a ser a saúde e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico, numa lógica de trabalho intersetorial e não isolado (GERMANO, 2007).

A partir do Programa de Saúde da Família (PSF), institui-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é, antes de tudo, uma estratégia cujas diretrizes orientam para o novo fazer na saúde. A ESF tem como objetivo a ampliação das ações voltadas para promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e notificação de agravos mais frequentes. Esta estratégia visa atender ao indivíduo e à sua família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou

doentes de forma integral e contínua e à manutenção da saúde da comunidade; consiste ainda em um importante movimento de reordenação do modelo de atenção no SUS.

O ideário do Programa de Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, assume como foco a reorganização da atenção básica, garantindo a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, privilegia outras interfaces do sistema em diversos sentidos: por sua vertente municipalista, busca estimular a organização dos sistemas locais; pauta-se a partir da aproximação dos serviços com sua própria realidade; e envolve os atores sociais destas mesmas realidades (BRASIL, 2003a).

No entanto, o processo de construção do SUS e a reorganização da atenção básica ainda discutem qual atribuição e perfil devem ter os gerentes de serviços de saúde; quais suas necessidades de qualificação; que ações os mesmos devem ser responsabilizados e como esses gerentes devem atuar frente às adversidades dos serviços.

1.3 Gerência na Unidade de Saúde da Família

Aspectos gerenciais importantes para a gerência da equipe de saúde da família é o suporte à grupalidade das equipes; contribuição para o aprendizado da equipe no manejo de conflitos; estabelecimento de regras claras para o funcionamento das reuniões de equipe e outros espaços coletivos de decisão; mediação de olhares externos ao grupo juntamente com a manutenção de conselhos locais de saúde; reuniões de equipes de referência; reuniões gerais de equipe; realização de projetos terapêuticos singulares; aspectos da organização interna da unidade; questões da saúde coletiva; saúde da mulher; saúde da criança; saúde do adulto e assistência farmacêutica (BRASIL, 2010).

Assim, verifica-se que as atribuições dos gerentes, como protagonistas na estratégia da USF, não são apenas servir de elo entre o gestor e a comunidade local e coordenar uma equipe. É preciso, também, realizar a análise das informações, relacionar fatores que precisam ser

trabalhados com a população e trabalhar em conjunto com os interesses da comunidade, na busca de soluções para os problemas identificados em consonância com os interesses do gestor por meio de negociações e discussão de prioridades, além de possuir habilidades para liderar pessoas e motivar a equipe a fim de alcançar as metas propostas (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009).

Portanto, vale ressaltar que ao tentarmos caracterizar a gerência, a prática gerencial dos gerentes da ESF, é importante destacar que não existe uma forma ótima de gerenciar, mas pelo menos podemos identificar os fatores obstaculizadores ou as potências para uma gerência eficaz no serviço de saúde (VANDERLEI, 2005).

No caso do município de São Carlos, existe uma norma não publicada, não escrita, mas amplamente disseminada entre as equipes de saúde da família que tem como modelo de referência a cogestão. Buscaram-se os documentos oficiais do município de São Carlos, e não foi encontrada nenhuma especificação precisa a respeito da cogestão. Embora não haja referências oficiais a respeito, a ESF tem o conhecimento que se deve realizar a cogestão e, ainda, que a gestão na USF deve ser realizada principalmente pelos três profissionais: médico, enfermeiro e dentista de modo que as responsabilidades fiquem diluídas entre eles.

1.4 A Cogestão em saúde

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2004c).

Campos (2010), defende o modelo de gestão, a cogestão, no qual os usuários e a equipe façam parte da gestão em todas suas etapas, ainda que com papel distinto dos administradores. Este modelo também assegura ao paciente/usuário a condição de sujeitos com autonomia e

poderes relativos: projeto terapêutico; almejar-se não somente a produção de saúde, mas também considerar a autonomia do usuário como critério de qualidade.

A concepção de cogestão pressupõe a ampliação do exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos (e intervenções), considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Atualmente, um dos desafios da gestão é a capacidade de implementar práticas cotidianas de compartilhamento que sejam capazes de promover reflexões em relação à cultura, instituir as práticas de gestão existentes e a gestão compartilhada. Para que a mudança se efetive, a gestão deve ampliar a co-responsabilidade pelos resultados e pelo uso dos recursos, assim como a expressão e criatividade dos sujeitos acerca de sua prática profissional. O compartilhamento da gestão é também orientar a agenda do gerente/gestor e aprimorar a comunicação institucional (CAMPOS; AMARAL, 2007).

1.5 Atribuição dos profissionais enfermeiro, médico e dentista na Unidade de Saúde da Família

São atribuições dos enfermeiros da USF, realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos

ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e-participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2011).

Já o profissional médico, realizar atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário; indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), dentre as atribuições do cirurgião-dentista na USF está a realização de diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais; realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade; encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento; coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais; acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde

bucal com os demais membros da ESF, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Técnico de Higiene Dental (THD), Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e equipe de saúde da família; realizar supervisão técnica do THD e ACD; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Vale ressaltar que, nas Unidades de Saúde da Família, os enfermeiros desenvolvem, no dia a dia, múltiplas atividades no campo da assistência da gerência e da educação/formação, ampliando as suas responsabilidades que, associadas às dificuldades existentes e ao interesse em proporcionar o bom andamento do serviço, sobrecarregam o seu cotidiano tornando o processo de trabalho algo estressante (BÔAS, 2000). Por isso, cabe ao enfermeiro da USF dividir o planejamento e a execução destas atividades com todos os membros da equipe gerente ainda que, nos documentos oficiais, não haja atribuições explícitas em relação à gerência da ESF ao profissional médico cujas atribuições foram descritas exclusivamente em relação ao cuidado individual e cuidado coletivo.

Capítulo II

PERCURSO METODOLÓGICO

“Não é uma receita de bolo! Quantas vezes ouvimos esta ladainha, mas como é que os confeitores aprenderam a fazer bolo? Certamente com a convivência culinária e com artistas doceiros, certamente estando sensível a esta aprendizagem, certamente se deixando aprender pelo universo das referências sensoriais e de afirmação do prazer. Sem a convivência e sem o coletivo, não se pensa e não se sente. Sentir e pensar é resultado do confronto com o estar de corpo presente, condição de qualquer aprendizagem”

Ceccim, 2002

2.1 Tipo de Estudo

Estudo exploratório de caráter qualitativo, o qual buscou interpretar um fenômeno específico em profundidade ressaltando a percepção de cada indivíduo, ou seja, a compreensão da linguagem verbal e não-verbal que as pessoas atribuem às situações vivenciadas cotidianamente e à vida (MINAYO, 2008).

Para Minayo (1994, p.21-22), a escolha desta abordagem qualitativa permitiu trabalhar com o universo dos “significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

2.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na cidade de São Carlos, localizada no centro geográfico do estado de São Paulo. O município faz parte do Departamento Regional de Saúde, DRS III, juntamente com mais 23 cidades. Em 2008, a população foi estimada em aproximadamente 223 mil habitantes sendo que 96,8% residem na zona urbana, mostrando alto índice de urbanização (SÃO CARLOS, 2009). A cidade é conhecida como a Capital da Tecnologia e o título é devido ao vigor acadêmico, industrial, tecnológico, pela presença de grandes indústrias e de três universidades,

2 públicas, sendo uma federal e a outra estadual; e uma universidade particular, todas com cursos na área da saúde.

É sabido que no início de 2013 houve mudanças na área de saúde do município de São Carlos, porém o organograma abaixo representa a estrutura organizacional da área de saúde até o final de 2012 que era vigente durante o período de coleta de dados.

A seguir, um organograma ilustra as subdivisões da área de saúde no referido município em 2012:

Figura 01 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, 2012



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, Dezembro de 2012.

O município de São Carlos é dividido em 05 grupos de Administrações Regionais de Saúde (ARES). Os ARES são responsáveis por coordenar as UBS, o Centro de Atenção Psicossocial

Àlcool e Drogas (CAPS AD), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Mental), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro Municipal de Especialidades (CEME) e as USF localizadas na sua área de abrangência. As USF, por sua vez, devem propiciar cuidado integral às necessidades de saúde dos moradores da sua área geográfica e são constituídas de profissionais de diferentes áreas de acordo com as necessidades epidemiológicas de cada ARES. O município de São Carlos possui 15 Unidades de Saúde da Família com 17 equipes de saúde da família. O Quadro 01 apresenta a distribuição das USF segundo os seus respectivos ARES (SÃO CARLOS, 2012).

Quadro 01. Distribuição das USF, segundo as Administrações Regionais de Saúde, São Carlos, 2012.

ARES	USF Relacionadas
ARES 1 - Cidade Aracy	USF Antenor Garcia USF Presidente Collor USF Cidade Aracy I USF Cidade Aracy II USF José F. Petrilli Filho
ARES 2 - Vila Isabel	USF Jardim Gonzaga USF Jardim Cruzeiro do Sul – Equipe de Saúde da Família I e Equipe de Saúde da Família II
ARES 3 – Redenção	USF Jardim São Carlos
ARES 4 - Vila São José	USF Água Vermelha USF Santa Eudóxia USF Jardim Munique USF Astolpho Prado
ARES 5 - Santa Felícia	USF Jockey Clube USF Jardim Guanabara USF Romeu Tortorelli USF Santa Angelina

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, 2012.

Neste estudo, foram escolhidas cinco Unidades de Saúde da Família de modo que a USF pesquisada fosse a mais antiga de cada um dos ARES existentes no município. Tal critério foi adotado porque acredita que, ao se considerar as USF mais antigas do município, aumenta-se a

chance de que estas unidades estejam, há mais tempo, vivenciando o processo gerencial em ESF. Além disso, através da escolha de uma USF em cada um dos ARES, conseguiu-se considerar as diversidades do município. Sendo assim, buscou aprofundar-se na história das USF desta cidade para poder, assim, melhor compreender o contexto no qual tais USF estão inseridas e selecionar a USF mais antiga pertencente a cada um dos cinco ARES.

2.2.1 A implantação das Unidades de Saúde da Família na Cidade de São Carlos

O modelo de atenção à saúde foi reorientado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), promoveu transformações progressivas e adotou a Estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da Rede de Atenção Básica. O Modelo de Atenção é o da Vigilância à Saúde, onde a cura deixa de ser o enfoque predominante, e passa a ter um processo de trabalho das equipes que integra a Promoção, a Prevenção, a Recuperação e a Reabilitação dos danos. É a lógica coletiva sobre o enfoque clínico-individual, onde a ação programática e o enfoque de risco e vulnerabilidade a partir do território de abrangência de cada USF passam a nortear as ações de saúde (UFSCar, 2005).

Em 1997 ocorreu a primeira etapa de implantação do USF em São Carlos. Ela foi realizada através do desenvolvimento de um estudo para identificar as áreas prioritárias, por meio do mapeamento do município, considerando a situação de risco para a saúde da população residente. Este estudo contou com a participação do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos e também apontou as famílias que se encontravam em situação de pobreza e miséria. Para isso, utilizaram-se indicadores de rendimento familiar, de escolaridade do chefe da família e de mortalidade infantil. A análise permitiu identificar nove grandes áreas prioritárias para a instalação de USF (BERNARDINO et al., 2005).

Em 1º de junho do mesmo ano foi inaugurada a primeira Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos, USF - Jardim Munique. Em meados de 1998 houve a implantação da USF – Romeu Tortorelli e em 1999 cria-se a primeira equipe de saúde da família do bairro

Cidade Aracy, USF – Presidente Collor, e em 2000 a segunda USF nesta mesma área de abrangência - Antenor Garcia.

As quatro primeiras Unidades de Saúde da Família instaladas cobriam apenas uma pequena parcela da população da cidade, 9%, ou seja, 16 mil pessoas. Essa cobertura começou a ser expandida com incentivos financeiros recebidos do governo federal, havendo a intenção publicamente manifestada de que 12 USF viessem a atender em torno de 60 mil pessoas até o final de 2004 (MACHADO, 2007).

Porém, ao final de 2003, apenas mais uma USF foi criada - Jardim São Carlos, e, em 2004, no município havia cinco USF: Jardim Munique, Romeu Tortorelli, Presidente Collor, Antenor Garcia e o recente inaugurado Jardim São Carlos, enquanto que a USF Jardim Gonzaga estava em fase final de construção.

Neste mesmo período, realizou-se a criação dos Núcleos Integrados de Saúde (NIS) com equipes constituídas de profissionais das áreas de psiquiatria, ortopedia, cardiologia, psicologia, assistência farmacêutica e serviço social, estratégia, essa, com potencial para o aumento da capacidade resolutiva através da responsabilização compartilhada; desencadeamento de um processo de Educação Permanente; ampliação da clínica; maior ênfase nas ações de promoção; aumento de ações intersetoriais; maior resolubilidade nas ações de reabilitação e saúde mental e maior articulação entre as equipes (UFSCar, 2005).

O município de São Carlos estabeleceu como meta que, até ao final do ano de 2007, alcançaria uma cobertura de 70% da população assistida pela Estratégia Saúde da Família, correspondendo a 35 USF (UFSCar, 2005). Tal objetivo não foi alcançado até o ano mencionado anteriormente.

Em abril de 2005 foi aprovada a criação do Curso de Medicina Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, o que foi possível através de uma parceria entre a UFSCar e a Secretaria

Municipal de Saúde de São Carlos. No mesmo ano começou a construção do Hospital Escola do município de São Carlos (UFSCar, 2007).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade iniciou em 2007 nesta cidade e foi uma parceria entre a UFSCar e a Secretaria Municipal de Saúde do município. Trata-se de um programa de pós-graduação lato sensu, com duração de dois anos, onde as USF são os principais cenários para o desenvolvimento das atividades práticas. Este programa contempla estratégias para ampliar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde da população de São Carlos e região (UFSCar, 2009).

Durante o ano de 2009, foi inaugurada a USF Astolpho Prado no ARES 4 - Vila São José. Durante o período de 2010 algumas unidades estavam em planejamento, porém não houve inauguração de nenhuma.

No final do ano de 2011, houve a inauguração da USF José F. Petrilli Filho, localizada no ARES 1, Cidade Aracy. Neste mesmo período, a Secretária Municipal de Saúde do município de São Carlos passou por significativas mudanças tanto em relação a estrutura, a organização, como de pessoas e, com isso, o CAPS AD, que antes pertencia ao ARES Vila São José, passou a pertencer ao ARES Redenção juntamente com o CAPS Mental.

Em 2012 o município de São Carlos gerenciava 17 equipes de saúde da família, e cobria aproximadamente 31% da população, valor ainda distante da meta estabelecida em 2007. O que se mantém até o início de 2013.

2.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta pelos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas das cinco equipes de saúde da família selecionadas no estudo, totalizando em quinze profissionais, três profissionais de cada uma das cinco ESF. Porém, foi excluído do estudo um profissional médico que não estava em dedicação de 40 horas/semana de trabalho e, portanto, não fazia parte efetiva da equipe. Além disso, no momento da entrevista uma das ESF não

contava com o profissional dentista, e os outros dois profissionais, um enfermeiro e um médico, se recusaram a participar da entrevista. Como estes três profissionais faziam parte da mesma equipe, uma USF foi inteiramente excluída. O fato de não se realizar a escolha de uma nova equipe de saúde da família para substituir a USF excluída se deu pelo tempo restrito para a coleta de dados.

Desta forma, foram excluídos do estudo quatro profissionais, totalizando 11 profissionais sujeitos do estudo. Tais indivíduos foram nomeados com a letra “E” e numerados de 01 a 11 de acordo com a ordem cronológica em que as entrevistas aconteceram. Eles serão citados daqui em diante como E 01, E 02, etc. Utilizou-se o mesmo critério das entrevistas para numerar as USF, sendo estas numeradas de 01 a 04 (USF 01, UFS 02, etc.).

2.4 Coleta de Dados e Instrumento de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e julho de 2012, às quartas-feiras, no período noturno, uma vez que as USF funcionam até às 21:00 horas para atender a comunidade que não consegue ir nos demais horários à USF. Realizou-se a coleta de dados neste período, pois a pesquisadora estava morando em outra cidade, à 200 quilômetros de São Carlos, e tinha a disponibilidade de realização das entrevistas apenas no período noturno. Além disso, era um período em que os entrevistados também tinham disponibilidade de modo que a data sempre foi pactuada com os sujeitos do estudo de acordo com a suas disponibilidades. Este horário tornou-se comum a ambos, pesquisadora e sujeitos do estudo. Assim, o fato de as entrevistas serem realizadas somente às quartas-feiras, em um único período, justifica o tempo de quatro meses para a finalização da coleta de dados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados a fim de analisar o processo gerencial foi uma entrevista individual, com cada um dos sujeitos, profissionais médico, enfermeiro e dentista, na modalidade designada como entrevista centrada no sujeito.

A entrevista centrada no sujeito fundamenta-se na possibilidade de exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador deste trabalho, mediante o enquadramento teórico que fundamenta-se o estudo nas suas múltiplas dimensões, combinadas com questões novas, emergentes no processo de investigação, particularmente durante a própria realização das entrevistas (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008). Haja vista a possibilidade de se conhecer percepções, conceitos, opiniões, expectativas, culturas, crenças, valores, atitudes e representações sociais, além da identificação e análise aprofundada de problemas a partir do ponto de vista expresso pelos participantes (SANTOS, 2002).

Os relatos de cada sujeito do estudo foram gravados. Para a coleta, utilizou-se um gravador de voz digital mp3 player após aquiescência dos participantes do estudo e garantiu a apreensão de como cada sujeito conhece, vivência e identifica as suas ações em sua Unidade de Saúde da Família.

Para a realização das entrevistas, foi construído um roteiro (APÊNDICE A), que se iniciou pela identificação dos entrevistados, buscando a caracterização dos profissionais em relação ao tempo de formação, tempo de trabalho em USF e especialização na área de Saúde da Família e Comunidade. Após este início, buscaram-se os aspectos relacionados ao trabalho na Saúde da Família, a organização da USF, as ações desenvolvidas pelos sujeitos do estudo e por toda a ESF.

Segundo Minayo (1998), toda a situação de entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sim uma situação de interação. Uma interação social, que está sujeita a mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade.

2.5 Considerações Éticas

Para a realização do estudo buscou-se, inicialmente, a permissão da Secretaria Municipal da Saúde e de todos os ARES do município de São Carlos. Juntamente com esta autorização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar onde foi analisado e, em seguida, deliberado em favor da realização do estudo (parecer final 167/2012), sendo assim,

iniciou a coleta de dados. Para a realização das entrevistas, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), que foi apresentado e assinado pelos sujeitos após a explicação dos objetivos, da metodologia e dos resultados esperados. Tal procedimento destinou-se a garantir a autonomia, o anonimato e a confidencialidade das informações obtidas a todos os envolvidos, assim como a todas as prerrogativas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

2.6 Referencial Analítico

Segundo Minayo (2008, p.178), as categorias analíticas são “aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de generalização e de aproximação”.

As categorias empíricas segundo Minayo (2008, p.178) são “aquelas construídas com a finalidade operacional, visando ao trabalho de campo, que têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica”. Construíram-se as categorias empíricas deste estudo a partir da análise das falas dos sujeitos médicos, enfermeiros e dentistas.

Desta forma, o estudo analisou como é vivenciado o processo de gerência pelos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas nas Unidades de Saúde da Família tomando como categorias analíticas:

- Processo de Trabalho
- Processo de Cuidado
- Processo de Educação Permanente

2.6.1 Processo de Trabalho

No trabalho das equipes de saúde da família, como em todo o trabalho na atenção básica, a atividade clínica depende não apenas de profissionais com formações diferenciadas, mas também da interação entre as diversas formas de exercício clínico existentes. Interação essa que tem seu momento privilegiado no trabalho em equipe (PINTO; COELHO, 2008).

O trabalho em equipe é aquele em que se compartilha, negociando-se as distintas necessidades de decisões técnicas, uma vez que seus saberes operantes particulares levam às bases distintas de julgamentos e de tomadas de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar (SCHRAIBER, et al., 1999).

A estruturação do trabalho em equipe na USF, por si só, não garante uma ruptura com a dinâmica médico-centrada. Para tanto, há necessidade de dispositivos que alterem a dinâmica do trabalho em saúde nos fazeres do cotidiano de cada profissional. Precisa-se identificar também, nessas equipes, os elementos que configurariam uma nova lógica no agir desses profissionais e na forma como se produz o cuidado em saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Peduzzi (2001), conceitua trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, da articulação das ações e da cooperação. Também estabelece uma tipologia de trabalho em equipe que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece em um dado momento do movimento contínuo da equipe: equipe integração e equipe agrupamento. Equipe integração ocorre na articulação das ações e a interação dos agentes; equipe agrupamento observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais. A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios: qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valorização social dos

diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e construção de um projeto assistencial comum.

Na proposta de Saúde da Família, o trabalho em equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem. Além disso, o trabalho em equipe pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes (ARAÚJO; ROCHA, 2007). O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, sendo caracterizado pela relação recíproca entre as dimensões complementares de trabalho e interação (PEDUZZI, 1998).

Campos e Domitti (2007), propõe a organização do trabalho de saúde segundo o conceito de equipe de referência com apoio especializado da equipe matricial. A equipe de referência é aquela que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Objetiva ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários. O termo responsabilidade de condução refere-se à tarefa de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, ou seja, de maneira longitudinal. Já o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência.

Além disso, a organização do trabalho deve considerar não apenas os aspectos locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar. Afinal, se o trabalho das equipes tem a finalidade de produzir mais saúde para a população,

necessitando por esse motivo ter eficácia e efetividade, tem, também, a finalidade de proporcionar condições de trabalho adequadas aos trabalhadores. A organização do trabalho clínico nas Equipes de saúde da família passa por uma elaboração conjunta das agendas de seus profissionais, visando a melhor utilização de seus esforços, seja no atendimento individual de um profissional a um paciente, seja no atendimento conjunto de alguns profissionais a um grupo de pacientes. Em outras palavras, a equipe precisa combinar as suas atividades. Precisa acertar-se sobre o que fazer, como fazer e com que frequência fazer (PINTO; COELHO, 2008).

2.6.2 Processo de Cuidado

Atribui-se ao termo cuidado em saúde um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento. Contudo, não é nem no sentido de um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, nem naquele dos procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica, que queremos nos remeter à questão. Mas sim, em relação ao cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados a essa finalidade (AYRES, 2004).

A equipe de saúde da família tem o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano (SOUZA; CARVALHO, 2003). O que pode ser facilitado quando o cliente é atendido por todos os membros da equipe que também o envolve na resolução do seu problema, incentivando a sua autonomia para os cuidados em saúde (TEIXEIRA et al., 2000).

A ação de saúde centrada na lógica da produção do cuidado traduz-se no trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário. São ações que,

além de produzir os procedimentos inerentes ao caso, como uma sutura, uma consulta ou um curativo, por exemplo, centram atenção nas relações humanas, na produção de vínculo, no acolhimento (MATUMOTO, 2003).

Para Merhy (1998), o acolhimento é o elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leveduras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem.

Pensando no processo de cuidado, o modelo tecno-assistencial vem procurando aproximar os serviços das necessidades de saúde das populações; integrar as modalidades assistenciais de modo a aumentar a efetividade e melhorar a relação custo benefício das ações de saúde; mudar os processos em saúde investindo numa relação horizontal e dialógica entre eles; assim como a incorporação de novos atores, saberes e práticas que desenvolvam, valorizem e legitimem as ações básicas e, particularmente, o trabalho de médicos generalistas (FAVORETO, 2008).

A análise de melhores práticas em saúde que assegurem a centralidade do cuidado na pessoa, a continuidade e a integralidade da atenção à saúde e a melhoria permanente da qualidade e segurança da assistência prestada nas ações voltadas à saúde da criança, da mulher do adulto e do idoso, em conformidade com o perfil epidemiológico das populações atendidas (UFSCar, 2011).

2.6.3 Processo de Educação Permanente

A Política de Educação Permanente em Saúde é apresentada como estratégia de gestão na reorganização do sistema de ensino em saúde. Funciona como dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população. Além disso, convoca a

participação de todos os atores sociais envolvidos neste processo com o intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados. Ao compreender a complexidade da realidade dinâmica em saúde, a educação permanente contribui com o avanço da implementação da reforma sanitária brasileira (LOPES et al., 2007).

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia fundamental às transformações do trabalho, para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações; serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde (CECCIM, 2005).

Neste contexto, a Educação Permanente em Saúde promove as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob este enfoque, o trabalho não é concebido como uma aplicação do conhecimento, mas entendido em seu contexto sócio organizacional e resultante da própria cultura do trabalho (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). É o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. Baseia-se na aprendizagem significativa e desenvolve-se a partir dos problemas diários que ocorrem no lócus de atuação profissional, levando em consideração os conhecimentos e as experiências pré-existentes da equipe (BRASIL, 2004a).

A aprendizagem em serviço promove o desenvolvimento de capacidades para a aprendizagem ao longo da vida, para a educação permanente de profissionais de saúde e para a produção de conhecimento aplicável nos campos da saúde, gestão e educação (UFSCar, 2011).

2.7 Análise de Dados

A fase de análise de dados, de acordo com Minayo (1994), tem três finalidades: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, responder às questões formuladas e ou pressupostos da pesquisa, e ampliar o conhecimento sobre o tema em estudo, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

Esse estudo trabalhou com categorias analíticas e empíricas, conceitos classificatórios, considerados “rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse, efetuado em razão dos caracteres comuns dos elementos” (MINAYO, 2008).

As entrevistas foram transcritas na íntegra constituindo-se o corpo de análise do estudo. Para o tratamento dos dados brutos, utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin (1977). O procedimento adotado consistiu em categorizar os dados brutos das entrevistas a partir de seu tratamento sistemático, seguiu as etapas sugeridas por este autor explicitadas a seguir.

Primeiramente, realizou-se uma leitura flutuante do texto, ou seja, uma leitura inicial, a fim de conhecer o texto de modo atento, permitindo-se ser invadido por suas impressões e orientações. As primeiras impressões foram anotadas em uma folha a parte como possíveis categorias empíricas e os conteúdos do texto sublinhados e enumerados pela eminente categoria. Em seguida, uma nova leitura foi realizada e alguns conteúdos presentes nos dados apontaram para recortes do texto em unidades passíveis de categorização. Os dados foram codificados, isto é, transformados pelo recorte, agregação e enumeração o que permitiu uma descrição do conteúdo.

A unidade de registro utilizada para a categorização foi constituída pelas três categorias analíticas – processo de trabalho, processo de cuidado e processo de educação permanente. Acredita-se que a escolha da categoria analítica como unidade de registro foi a mais adequada para o tipo de instrumento do estudo utilizado, bem como os objetivos contemplados pelo

estudo. Na medida em que os elementos foram encontrados, recortes do texto foram agrupados de acordo com estas categorias analíticas, dando certa organização.

A fase de categorização é aquela que compreende: uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias empíricas encontradas no texto foram construídas a partir das categorias analíticas. Tentou-se agrupar o máximo possível as ideias em uma mesma categoria empírica, de modo que esta não esteja presente em outra, o que, de acordo com o referido autor, é um dos critérios de qualidade na elaboração de uma categoria. Estabelecidas as categorias empíricas, um diálogo à luz da literatura foi realizado como forma de discussão dos achados permitindo-se inferências.

Capítulo III

RESULTADOS/DISCUSSÃO - o olhar dos profissionais da Saúde da Família

“Ser dirigente é como reger uma orquestra, onde as partituras mudam a cada instante e os músicos têm liberdade para marcar seu próprio compromisso.”

Motta, 2004

Os resultados que serão apresentados e discutidos a seguir configuram os diferentes momentos do processo gerencial dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas em suas respectivas Unidades de Saúde da Família. Primeiramente, será realizada uma análise introdutória detalhada do perfil técnico-científico destes profissionais e, em seguida, analisar-se-á o processo gerencial vivenciado no trabalho de cada um deles segundo as seguintes categorias analíticas: processo de trabalho, processo de cuidado e processo de educação permanente. Adotar-se-á como base os conceitos e as metodologias particulares a cada um destes processos de modo a viabilizar a análise minuciosa do conteúdo sobre a prática do trabalho por eles desenvolvido.

3.1 O perfil dos profissionais das Unidades de Saúde da Família

Os sujeitos que compuseram o grupo alvo de entrevistados do presente estudo pertenciam a 04 Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos, das 05 USF inicialmente planejadas. Perfazendo um total de 11 profissionais, entre eles enfermeiros, médicos e dentistas, apresentados na Quadro 2.

Quadro 02. Distribuição dos profissionais pertencentes às 05 Unidades de Saúde da Família escolhidas para o estudo, São Carlos, 2012.

Equipe Categoria	USF 01*	USF 02*	USF 03*	USF 04*	USF 05*	TOTAL
Dentista	1	1	1	1	0	4
Enfermeiro	1	1	1	1	0	4
Médico	1	1	1	0	0	3
TOTAL	3	3	3	2	0	11

* Números estabelecidos segundo a ordem das entrevistas

Os profissionais que desempenham a gerência nas USF possuem atribuições importantes na condução do serviço de saúde e, por isso, acredita-se ser pertinente transcorrer e analisar o perfil destes profissionais uma vez que, conforme salientado pelo Ministério da Saúde, o sucesso e o resultado positivo do trabalho em equipe na USF dependem principalmente do perfil e da atuação de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2003b).

A gerência exercida por tais profissionais é uma ferramenta de grande importância no processo de trabalho em saúde, já que, quando bem empregada, pode possibilitar transformação no processo de tomada de decisões no nível local, com maior engajamento do trabalhador de saúde e da população no projeto assistencial a ser desenvolvido pelos serviços públicos (BERTUSSI; MISHIMA, 2003).

O perfil técnico-científico desses profissionais está resumido na Quadro 3 a seguir.

Quadro 03. Distribuição do número de profissionais gerentes segundo, sexo, tempo de formados, tempo de experiência em USF, tempo de experiência na USF atual e pós-graduação/especialização, São Carlos 2012.

Número da entrevista *	Sexo	Tempo de formado	Tempo de experiência em USF	Tempo de experiência na USF atual	Pós Graduação Especialização
1	F	32 anos	5 anos	3 anos	Sim
2	F	9 anos	9 anos	5 anos	Sim
3	F	22 anos	11 anos	5 anos	Sim
4	F	25 anos	4 anos	4 anos	Sim
5	M	25 anos	6 anos	6 anos	Sim
6	F	7 anos	7 anos	3 anos	Sim
7	M	22 anos	5 anos	5 anos	Sim
8	F	9 anos	9 anos	3 meses	Sim
9	F	8 anos	7 anos	5 anos	Sim
10	F	14 anos	9 anos	5 anos	Sim
11	F	26 anos	11 anos	11 anos	Sim

*Os números foram estabelecidos segundo, a ordem das entrevistas.

Verifica-se primeiramente, pela análise do Quadro 03, que a configuração destes gerentes é predominantemente feminina, 8 (73%).

Destaca-se ainda, que a média de tempo de experiência em USF é de 07 anos e 05 meses e a moda é de 09 anos, com o limite inferior da moda igual a 04 anos e o limite superior igual a 11 anos. Em relação ao tempo de experiência na USF atual, a média é igual a 04 anos e 07 meses e a moda 05 anos, com o limite inferior da moda igual a 03 meses e o superior igual a 11 anos. Verifica-se ainda que todos os entrevistados estavam há pelo menos 03 anos instalados na mesma unidade com atribuições na esfera de decisão do gerenciamento da USF. Isso permite uma maior construção de vínculos destes profissionais entre eles e com a equipe, além de compartilhar por mais tempo a gerência da USF. Exceção é feita à USF 03, em que um profissional entrou recentemente na equipe (03 meses), mas apesar disso ele possuía 09 anos de experiência em outra USF no mesmo município em que o estudo foi realizado, porém em Regional Administrativa de Saúde diferente. Foi possível, ainda, observar através do Quadro 03, que os entrevistados 04, 05, 07 e 11, possuíam todos seus anos de experiência em ESF dedicados a uma única USF. O entrevistado 11, por exemplo, está na USF desde a sua criação há 11 anos.

O relacionamento entre os membros da equipe facilita o contato com as famílias e o desenvolvimento de ações preventivas como imunização, pré-natal e organização da demanda por meio do agendamento prévio. A comunidade valoriza a integração e a participação da equipe na assistência (PERDROSA; TELES, 2001).

Observa-se, ainda pela análise do Quadro 03, que a média de tempo de formação dos profissionais entrevistados é de 18 anos e apresenta três modas 09 anos, 22 anos e 25 anos anos, com o limite inferior da moda igual a 07 anos e limite superior igual a 32 anos. Sendo assim, verifica-se que todos os entrevistados possuem vários anos de formação e de experiência, porém há uma variabilidade em termos de tempo de carreira dedicados ao trabalho em USF, o que pode ser justificado também pelo tempo de existência da USF no

município, que tem aproximadamente 15 anos. Tal fato pode ser verificado ao se comparar o entrevistado 01 que possuía 32 anos de formação e apenas 05 anos de atuação em USF com, por exemplo, o entrevistado 02 que possuía 09 anos de formação todos dedicados ao trabalho na USF. O mesmo ocorre com os entrevistados 06 e 08, que estavam engajados nesse trabalho desde o começo da sua carreira profissional.

Por meio da análise da média de tempo de formação dos sujeitos do estudo, é possível verificar que estes profissionais foram formados em épocas diferentes e que a maioria deles foi formada antes mesmo da constituição das Unidades de Saúde da Família e da concepção de gerência compartilhada nestas unidades o que pode ter grande influência na maneira com que tais profissionais exercem a gerência nas USF. Assim, tem-se que alguns profissionais foram formados com a ideia de uma gerência do serviço de saúde centralizada exclusivamente na figura do enfermeiro. Além disso, independente do tempo de formado, tem-se que, na maioria das vezes, os profissionais foram preparados para atuarem apenas no cuidado individual e curativo.

O Ministério da Saúde reportou que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde da família é uma questão recente, o que pode se constituir em um fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde (BRASIL, 2004b).

De acordo com Ferraz e Aerts (2005), o tempo de permanência do profissional na USF é importante para o entendimento do papel profissional que é construído a partir de suas práticas cotidianas. Assim, percebe-se que tais experiências permitiriam, a esses profissionais, uma profunda familiarização tanto com a equipe de saúde da família como também com seu território de abrangência, sua comunidade, sua equipe, suas ações e as ações que sua equipe desenvolve. Além disso, espera-se que tal experiência propicie uma boa visão em relação ao

gerenciamento do processo de cuidado, do processo de trabalho e do processo de educação permanente nas suas respectivas unidades.

“A enfermeira da equipe esta na equipe há mais de 11 anos, tudo pulsa para ela a responsabilidade de todos os papéis, ela é a que mais conhece a USF, ela criou um vínculo muito bom com a população, ela conhece muito bem o território, a unidade, os usuários, tudo.” (E 03)

Outro aspecto relevante evidenciado foi que todos os trabalhadores entrevistados possuíam pós-graduação lato sensu em Saúde da Família e Comunidade, sendo que 08 deles (73%) obtiveram a mesma especialização na Universidade Federal de São Carlos. Com o intuito de fortalecer as ESF desta cidade, esta especialização foi criada concomitantemente à implementação do curso de Medicina nessa mesma universidade. Essa foi uma estratégia importante para a consolidação da Rede Escola de Cuidados à saúde de São Carlos e para o fortalecimento da parceria UFSCar e SMS nesse município. Dentre os entrevistados 02 (18%) relataram, ainda, que concluíram a Residência em Saúde da Família além da especialização já previamente mencionada.

De acordo com Rocha e Zeitoune (2007), a realização de curso de especialização não significa que o profissional esteja totalmente preparado, mas esta formação tem se mostrado importante, como uma oportunidade de qualificação e contribuição positiva para a prática profissional.

Verificou-se ainda que todos os profissionais médicos que participaram do estudo possuem residência médica. Dentre os sujeitos entrevistados, 02 possuem mestrado, 01 está cursando o mestrado e 01 está cursando o doutorado, todos na área de Saúde Coletiva. Finalmente, apenas 01 está cursando especialização em gestão em saúde, apesar de o mesmo relatar que ainda não conseguiu aplicar os conhecimentos adquiridos, tal como afirma “ainda me sinto muito crua para aplicar alguma coisa na unidade” (E 01). Os profissionais entrevistados possuem qualificação no que diz respeito à formação para exercer a gerência. No entanto, não se sentem preparados para exercer tal atribuição.

“A gente encontra dificuldades de gerenciar, porque primeiro que a gente não sabe os recursos para gerenciar, ou para avaliar a nossa gestão, eu faço muito gestão de conflitos, porém nunca parei para avaliar se eu estou fazendo certo, segundo porque além de fazer gestão ela precisa ser compartilhada, o que fica mais difícil ainda, a gente tenta, tenta, mas parece que não sai do lugar, parece que as coisas não mudam, os problemas são sempre os mesmos, parece que a nossa gestão não é resolutive.” (E 09)

Sabe-se, no entanto, que a capacitação técnica congrega apenas uma parte da capacitação gerencial uma vez que, de acordo com Bertussi (2002), a capacitação gerencial se faz presente nas exigências de diferentes dimensões: no campo do saber, ou seja, política e técnico-administrativa; do saber fazer, que diz respeito à habilidade e no campo do saber ser, que enfoca a atitude e não apenas a formação técnica específica do setor saúde.

A qualificação dos trabalhadores, entendidos como agentes-sujeitos históricos e sociais que conduzem o processo de trabalho nos serviços de saúde, explicita que a concepção gerencial (condução do processo de trabalho) é ponto estratégico para a transformação das práticas sanitárias (PEDUZZI; PALMA, 2000).

Durante as entrevistas, foi possível identificar profissionais que ressaltam e corroboram com a importância da formação e do alinhamento de toda a equipe para a organização do trabalho da sua unidade.

“A nossa médica vem de uma escola que dá um embasamento muito bom em relação à Saúde da Família... eu também tive um embasamento bom e com isso a gente se somou... a enfermeira que a gente tinha antes também, então isso foi muito importante para a organização do nosso trabalho nesta unidade. Todo mundo tinha uma formação em PSF, a gente precisou se ajustar, então nós 3 conseguimos fazer muitas coisas boas aqui na unidade, porém outras coisas ficaram em detrimento também.” (E 07)

Vale ressaltar, no entanto, que alguns profissionais explicitaram o fato de que, mesmo com a experiência e com formação específica, ainda existem grandes dificuldades na implementação de ações intrínsecas ao trabalho em ESF. Tais dificuldades estão, por exemplo, associadas à gerência da unidade, a qual requer o domínio de ferramentas e áreas de

conhecimento específicas, uma vez que os mesmos acreditam não estar preparados para esta atribuição que, até recentemente, não fazia parte no escopo de formação e trabalho destes profissionais. “Eu sei quais são as minhas funções dentro da unidade. Não é só de médica. É também de gestora. Mas vejo que este papel é muito novo para mim, não sei administrar, não tive esta formação.” (E 03)

3.2 O Processo de Trabalho

Por meio das análises das entrevistas realizadas com os profissionais previamente apresentados, identificaram-se seis categorias empíricas à luz da categoria analítica processo de trabalho, adotado nas USF: **Trabalho e Comunicação em Equipe; O Fluxo e o Planejamento do Trabalho; Processo de Tomada de Decisão; Ferramentas para a Organização do Trabalho; Os Agentes Comunitários de Saúde na USF e O Exercício da Gerência.**

3.2.1 Trabalho e Comunicação em Equipe

Os profissionais de saúde entrevistados, de modo geral, não apresentaram dificuldade ao definir o trabalho em equipe, como um auxílio mútuo frente às dificuldades vivenciadas nas tarefas cotidianas, e a habilidade de considerar os problemas do outro profissional de modo a poder auxiliá-lo, sempre respeitando as atividades que cada um desenvolve dentro da unidade.

“A gente sabe que tem que trabalhar juntas, que podemos muitas vezes fazer um trabalho conjunto, é uma visita domiciliar conjunta, um atendimento ou mesmo uma discussão de caso, não é toda hora que a gente vai conseguir envolver toda equipe, basta conseguirmos fazer ações com os outros profissionais, mas confesso que não há uma forma mágica, é tão difícil.” (E 01)

Por outro lado, a execução efetiva desse processo representa um desafio ainda maior que é muitas vezes preterido em detrimento da execução individualizada e independente de suas tarefas cotidianas. “É, a gente espera que toda a equipe se abrace e forme uma corrente, elos fortes e um ligado ao outro, mas na realidade, na verdadeira realidade isso não é muito realizado.” (E 05)

A forma mais expressiva sobre trabalho em equipe pôde ser identificada na USF 03 nos quais fica evidente que, para eles, é essencial que cada membro da equipe seja capaz de expor clara e objetivamente o seu saber e, do mesmo modo, aceitar a exposição do saber de seus colegas, agregar às suas experiências e histórias de vida as experiências e histórias de cada um dos membros da equipe e, finalmente, aprender com as diferenças e resistências objetivas e subjetivas que existem dentro da equipe. A equipe da USF 03 é a que mais se aproxima do conceito trazido por Peduzzi (2001), de equipe integração que ocorre na articulação das ações e na interação dos agentes.

“Consideramos muito cada um da equipe com as suas particularidades, mas também cobramos de cada um as suas funções. Todos conhecem quais são as suas funções dentro da equipe e sabem da importância de trabalharmos juntos com um mesmo objetivo, em busca de oferecer um cuidado melhor para a nossa comunidade.” (E 06)

“Eu vejo que aqui na unidade conseguimos trabalhar bem em grupos, acho que é uma das parcerias mais legais que nós profissionais da equipe conseguimos realizar, sempre os responsáveis dos grupos são dois membros da equipe de áreas diferentes.” (E 08)

Na maioria das USF, o trabalho acontece de maneira individualizada entre os profissionais, pois cada membro da unidade desempenha as suas atribuições e desenvolve suas ações individualmente no seu espaço. Desta forma, trata-se apenas de um aglomerado de pessoas que trabalha no mesmo local e que pode, por ventura, interagir de forma superficial. Conforme exposto anteriormente, segundo Peduzzi (2001), trata-se do conceito de equipe agrupamento onde há a justaposição das ações e o mero agrupamento dos profissionais.

No entanto, é importante ressaltar que tais profissionais, apesar de relutarem em certos momentos, são capazes de identificar o fato que não desenvolvem o trabalho em equipe conforme o esperado e, mesmo assim, não apresentam projetos ou perspectivas futuras para que esse quadro seja revertido. Isso pode ser explicado pelo fato que tais profissionais talvez não vejam claramente os benefícios do trabalho em equipe ou por não acreditarem saber fazer diferente.

“É difícil trabalhar em equipe, às vezes a gente fala que está trabalhando em equipe, pensa que está correndo tudo bem, mas cada um tem a sua função, cada um fica no seu quadrado, no seu consultório, a gente divide o mesmo local de trabalho, porém não trabalhamos juntos.” (E 01)

Desta forma, os profissionais reconheceram que o trabalho em equipe não acontece como preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual atesta que a relação de trabalho na USF deve basear-se na interdisciplinaridade, não apenas na multidisciplinaridade ou na atividade isolada. Ou ainda, em uma comunicação horizontal e permanente, entre os componentes da equipe (BRASIL, 2000).

Observou-se também que os sujeitos entrevistados consideram a comunicação em equipe uma ferramenta fundamental para o trabalho em equipe, para o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores e para o sucesso da produção do cuidado à comunidade. Sendo que é através da comunicação que os indivíduos se relacionam na equipe.

Segundo alguns entrevistados, a comunicação envolve troca de ideias, de conhecimentos e, portanto, supõe interação. Principalmente quando se trata de uma equipe na qual os profissionais possuem formação e conhecimentos diferentes. Eles acreditam que a reunião de equipe é uma estratégia que favorece a realização da comunicação, pois é um momento em que todos participam. A reunião de equipe até o ano de 2012 acontecia todas as quintas-feiras, no período da tarde, com a presença de todos os profissionais da equipe. Durante o período da reunião a unidade era fechada e não havia atendimento.

Porém, a comunicação pode e deve ocorrer em todos os espaços da USF, não somente na reunião de equipe, ela deve ocorrer também nos atendimentos e visitas domiciliares conjuntos, nas discussões de casos, de modo a não fazer necessário um espaço formalizado para que a comunicação em equipe seja efetiva.

“Às quintas-feiras quando a gente se reúne na reunião parece que é onde a equipe consegue ouvir um ao outro, onde conseguimos de fato conversar e pensar no trabalho, pois todos participam da conversa, não apenas ouvem, mas contribuem, ajudam a pensar no trabalho, nas nossas famílias.” (E 02)

A comunicação adequada é o que faz um aglomerado de profissionais tornar-se um grupo de trabalho integrado, com um sistema de parcerias e complementaridade, onde a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade das características do ser humano (CARDOSO, 2004).

Alguns entrevistados, ainda, relataram que a comunicação, apesar de ser truncada e com ruídos acontece, porém, acreditam ser uma tarefa de difícil implementação, já que cada membro da equipe precisará estar predisposto a ouvir ao outro, disponível para se deparar com o novo, com o diferente, e, muitas vezes, com o oposto daquilo em que eles mesmos acreditam.

“A comunicação entre a gente tá muito truncada, não adianta a gente sentar, conversar e todo mundo falar, depende de quem fala e de quem recebe, tem aquela coisa do receptor da mensagem, o que me interessa receber disso, não adianta a gente dizer que a gente está se comunicando, temos que falar e receber as mesmas informações.” (E 11)

Nota-se que os entrevistados trazem em suas falas a importância da comunicação em suas equipes já que eles mostram ter ciência que, ao se trabalhar em uma equipe multidisciplinar de USF, a comunicação é vital para o cuidado à comunidade. A falta de comunicação ainda prejudica o processo de trabalho e pode contribuir para o fracasso do processo de planejamento, engessa todo o sistema e desestimula a participação dos demais funcionários.

3.2.2 O Fluxo e o Planejamento do Trabalho

De acordo com a maioria dos profissionais entrevistados, o trabalho nas Unidades de Saúde da Família é organizado basicamente a partir da agenda do médico, enfermeiro e dentista. É esta agenda que estabelece o fluxo das equipes destas unidades de modo que, a preocupação em atender a agenda, ou seja, em atender a demanda espontânea, com foco no tratamento, nas consultas, é quem determina o fluxo de trabalho dos profissionais e conseqüentemente de suas equipes. Para Feuerwerker (2005), as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea e a atenção a elas quase sempre se confirma

no esquema queixa-conduta. “Aqui na unidade a gente segue a agenda, no meu caso a minha agenda está sempre lotada, então eu fico em função dela.” (E 02)

Por outro lado, quando esses profissionais tentam desenvolver outras atividades que também fazem parte das suas atribuições, mas que não estão relacionadas às consultas, como por exemplo, ações de promoção e prevenção em grupo, eles observam que tais atividades impactam diretamente na sua agenda de trabalho, ficam tumultuadas, e por isso, muitas vezes, eles acreditam que perdem tempo ao realizar esse tipo de atividade, já que, há um acúmulo de demanda nas suas agendas. Uma explicação pode estar na falta de planejamento dedicado à realização destas atividades e também à centralização herdada do modelo hegemônico por estes profissionais e, sendo assim, muitos deles não conseguem pensar em outra forma de organizar o seu trabalho. De acordo com os mesmos, a força da demanda é o que direciona o trabalho e que, por esse motivo, dedicam praticamente o tempo ao atendimento no consultório.

“A gente foi fazer prevenção na escola e na creche, entre as duas, eu perco uma semana fazendo prevenção... Eu fecho a minha agenda para poder cobrir a escola e quando eu volto, a minha agenda está aquele tumulto. Se assume a escola, não dá para tocar outra coisa. Vai para o lado que tem mais necessidade.” (E 01)

Assim, verifica-se a necessidade de uma transformação na dinâmica de organização da USF, na perspectiva da construção de novos paradigmas na saúde que precisam ser construídos aos poucos na ótica de se estabelecer uma demanda organizada juntamente com esta população. É fundamental, portanto, que esta demanda seja atendida em suas necessidades primordiais e que, gradualmente, se estabeleçam alternativas assistenciais para que esta demanda seja também qualificada de modo que, aos poucos, ela vá buscando não apenas a consulta, mas também adquirindo autonomia no seu cuidado.

Observou-se também que, além da USF seguir o fluxo das agendas por demanda, a maioria dos gerentes não planeja o trabalho nas suas unidades. Não há planejamento das ações diárias ou mesmo das atribuições de cada membro da equipe e aqueles poucos, na maioria

profissional enfermeiro, que conseguem planejar as suas ações, muitas vezes, não conseguem executá-las, ou seja, a equipe apresenta dificuldades no planejamento do trabalho da USF. “A gente não planeja discussão de casos, não planejamos atualização das famílias, territorialização, eu nem sei como isso está.” (E 03)

“A gente sempre planeja em reuniões de equipe as nossas ações, coloca metas, divide o trabalho, porém as coisas se perdem, ninguém faz o que foi planejado, nada acontece, acho que falta da gente da gestão cobrar as ações, talvez uma avaliação de como as coisas estão acontecendo, ou melhor, uma avaliação de porque as coisas não saem do planejamento.” (E 11)

Ainda segundo os entrevistados, a falta de planejamento ou o planejamento inadequado do trabalho da USF pode levar a um processo de trabalho fragmentado, a uma desestimulação da equipe em relação ao seu trabalho e, assim, interferir na qualidade dos resultados gerados por estas USF.

“A gente não consegue sentar para organizar o trabalho juntas, a gente desenvolve o trabalho muito fragmentado, acho que este é o problema... cada um faz o seu e nada mais, às vezes, parece que as coisas não saem do lugar, nada a gente consegue finalizar, fica tudo pela metade.” (E 04)

3.2.3 Processo de Tomada de Decisão

Outro ponto levantado pelos entrevistados, assim como a ausência de planejamento, diz respeito à ausência de tomada de decisão que, segundo eles, também interfere na organização do trabalho. A maioria dos profissionais entrevistados não se sente preparado e seguro para tomar decisões dentro da equipe. Eles se sentem incomodados nesta posição mesmo tendo ciência de que isto faz parte das suas atribuições.

“Eu acho este um papel chato, tem que tomar decisão, tem que cobrar as decisões tomadas, tem que pegar no pé, mas a gente tem que fazer, a gente tem que existir, não é muito bom de fazer, não é gostoso, mas sei que é necessário dentro da unidade.” (E 03)

Muitas vezes, os profissionais médico e dentista preferem deixar a responsabilidade pela tomada de decisão para o enfermeiro, pois acreditam que este profissional está mais

capacitado para tal atribuição e também dizem se sentirem mais confortáveis agindo dessa maneira. “Eu nunca vi o médico e a dentista decidir alguma coisa aqui nesta unidade, é uma posição confortável esta para eles, pois quando vem a cobrança da gestão, foi a enfermeira que decidiu, que fez.” (E 02)

Segundo os entrevistados, na equipe 03 há tomada de decisão e acredita-se que um dos motivos que isso acontece especificamente nesta USF se deve ao fato de que a mesma ficou um ano sem o profissional enfermeiro na equipe de saúde e, neste tempo, os demais profissionais precisaram rever as suas atribuições e reorganizar o trabalho desta equipe. Talvez, tal ausência tenha contribuído para que os profissionais desta equipe assumissem algumas responsabilidades que antes estavam sob responsabilidade exclusiva do profissional enfermeiro e, assim, acabaram se sentindo mais seguros para realizarem a tomada de decisão quando necessário. Vale ressaltar que, nesta USF, a decisão não é realizada apenas pelos profissionais que desempenham as atribuições de gerentes, mas por todos os membros. “A gente ficou um tempo sem enfermeira e conseguimos nos organizar, acho até que este foi um dos motivos para cada um saber o que tem que fazer.” (E 07)

“Acho também que a equipe consegue tomar decisões, não ficam esperando partir as coisas da enfermeira, tanto o médico, assim como, a equipe, eles tem um poder de decisão muito legal, eles vão e fazem.” (E 08)

Sabemos que a gerência tem como uma de suas prioridades a organização do processo de trabalho em saúde e, para que isso aconteça, faz-se necessária a tomada de decisões que afetam a estrutura da USF, o processo de produção e o produto deste sistema. Tal ato deve almejar por ações que possibilitam intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde, ou seja, viabilizar meios para o cuidado qualificado à comunidade, eficácia e efetividade nas ações a fim de possibilitar resolubilidade sobre as necessidades da população.

3.2.4 Ferramentas para a Organização do Trabalho

Os entrevistados levantaram também a questão referente ao sistema de informação como ferramenta para a organização do trabalho. Porém, apenas três profissionais ressaltaram a importância do sistema para a efetividade do trabalho e, ainda assim, se limitaram a relatos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para estes entrevistados, estas informações poderiam gerar indicadores importantes para o processo de decisão e planejamento em saúde para a equipe da USF, permitiriam a construção do perfil da comunidade, geraria mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos por esta equipe e, sendo assim, seria capaz de avaliar a comunidade e a qualidade do atendimento oferecido a ela.

Entre os três entrevistados que relataram a importância do Sistema de Informação, dois deles são de uma mesma equipe (equipe 04). Os demais entrevistados não mencionaram este instrumento na sua rotina de trabalho. “A dentista desta unidade faz um trabalho muito legal..., o gerenciamento de saúde. E ela domina bastante esta parte e assim o enfermeiro desta unidade tem tempo para outras ações.” (E 09)

“Eu estou centrada na administração do sistema de informação... olha que coisa maluca, eu uma dentista totalmente clínica agora programando fluxos, trabalhando com sistema de Saúde pode isso?” (E 10)

Apesar destas informações em saúde serem importantes, elas não foram reconhecidas pela maioria dos entrevistados como ferramenta para a organização do trabalho, nem mesmo como atribuição deles na USF. Além da pequena atenção dedicada a esta questão nas USF, muitas vezes a base de dados não é confiável, uma vez que, não são raros os casos em que integrantes da equipe copiam ou inventam os dados alimentandos, assim, geram dados falsos no sistema. Por vezes, o preenchimento do SIAB torna-se automático, simplesmente para cumprir ordem. Os relatos ainda demonstraram que a equipe não possui nenhum retorno sobre os dados que gerou em cada mês.

“Normalmente a gente se divide para preencher o SIAB, mas sabe são dados inconsistentes, já soube de gente que copiou os dados do outro mês, então fica aquela coisa de preencher só por preencher. A equipe não vê muito sentido, a gente envia para o pessoal do Centro de Informação e só, não temos um retorno, uma devolutiva mensal.” (E 11)

Outro aspecto relevante à organização do trabalho ressaltado, dessa vez, por todos os entrevistados é a reunião de equipe. A reunião é um momento potencial para a organização do processo de trabalho, para a reflexão da prática, e através das discussões de casos que este espaço permite, o cuidado oferecido à comunidade é avaliado e repensado. A reunião de equipe é um momento de ampliar os vínculos da equipe, de se reconhecerem como equipe, de avaliar as ações que a equipe está desenvolvendo e também pode, ainda, ser encarado como um espaço para o desenvolvimento da educação permanente.

“Nas reuniões de equipe, às quintas-feiras, é o momento que toda a equipe para pra conversar... enfim, para discutir o nosso trabalho... é onde acertamos as nossas arestas, reorganizamos o trabalho, a equipe... vejo potencial neste momento, estamos todos ali repensando o nosso trabalho, o nosso cuidado com a comunidade é o momento de planejar, avaliar.” (E 08)

“A reunião de equipe é quando conseguimos reunir toda a equipe em uma roda e quando pensamos nos problemas e pensamos em soluções juntos, muitas vezes também as coisas não acontecem assim tudo certinho, tudo perfeitinho é mentira minha. Tem dia que a equipe está presente na reunião, mas não participa, não são todos que contribuem, mas acho que é normal isso em qualquer equipe e em qualquer lugar.” (E 05)

No entanto, tem-se que a reunião de equipe não pode ser o único espaço onde a equipe consegue comunicar-se, planejar, organizar o seu trabalho, enfim, é necessário possibilitar outros momentos em que o trabalho entre equipe aconteça.

“E nas entrelinhas as reuniões entre os gestores, que a gente conversa sobre a unidade... não está formalizado ainda um espaço para isso, mas sempre estamos conversando... para planejar as ações, achamos necessário, pois não conseguimos discutir e pensar em tudo na reunião de quinta-feira, deixamos as coisas mais relevantes para a reunião de equipe.” (E 09)

3.2.5 Os Agentes Comunitários de Saúde na USF

O ACS foi identificado como um ator importante no processo de trabalho. Segundo os entrevistados, o Agente Comunitário de Saúde é o elo entre a comunidade e a USF. Este profissional está em contato direto com as famílias, possui a capacidade de comunicar-se com a comunidade e de estabelecer uma interação mais íntima da mesma com a equipe de saúde. Para os sujeitos do estudo, isso facilita a realização das suas atividades de vigilância à saúde, além de fortalecer o trabalho educativo desenvolvido pela equipe. Esse profissional atua como uma ponte entre o saber científico e o saber popular. “Os ACS eu costumo dizer que é o carro chefe do PSF, tudo passa por eles, eu digo que é o nosso olho fora da unidade, se a gente tem um GPS para andar com o carro os ACS são o GPS da unidade.” (E 07)

O ACS realiza as suas atividades no mesmo local onde reside e, portanto, possui uma forte relação entre trabalho, vida social e vida cultural. Dessa forma, as atribuições desenvolvidas por este profissional estão diretamente ligadas não apenas ao sucesso da USF, mas também à sua imagem pessoal junto a sua comunidade.

Foram comuns a todas as entrevistas realizadas relatos que explicitavam a grande importância destes profissionais para o sucesso da USF. Entretanto, de modo geral, os entrevistados apontaram graves falhas na atuação desses profissionais uma vez que, no município de São de Carlos, o ACS além de suas atribuições tem outras tarefas operacionais e administrativas como, a recepção dos usuários, a organização das agendas dos profissionais e dos prontuários da USF. “Eu vejo que o trabalho dos ACS é muito falho, falho mesmo, e eu não estou falando só da minha unidade, mas em geral, é muito difícil você garantir as visitas dos ACS, a dedicação deles na promoção e na vigilância da saúde.” (E 11)

No documento do Ministério da Saúde (2011), no qual consta as atribuições dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, há uma atribuição em relação ao profissional enfermeiro, “gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros

membros da equipe”. Porém, nas USF estudadas esta atribuição não é realizada pelo enfermeiro e também não é realizada por nenhum outro membro da equipe.

Alguns entrevistados ressaltaram também a falta de comprometimento do ACS nas suas atribuições e com o próprio programa. Eles dizem entender o conflito existente entre a execução do trabalho administrativo realizado pelo ACS e a sua participação no cuidado à comunidade, porém dizem que não se pode atribuir o “papel falho” dos ACS a este fato. Além disso, os profissionais entrevistados apontaram que estes profissionais veem o cargo de Agente Comunitário da Saúde como um trabalho provisório e não são estimulados a se dedicar e a continuar por muito tempo nesta posição. “Não sei se a maioria deles vê esse trabalho como passagem, não queria estar aqui, apesar que isso não justifica, acho que se você está aqui você tem que fazer o seu trabalho.” (E 10)

“Quanto ao serviço interno desempenhado pelos ACS no PSF sempre foi um nó na saúde da família porque na verdade eles ficam muito tempo refém deste serviço... eu acho que eles gostam disso... isso se torna uma justificativa para não sair da unidade, para não fazer visita, para não desempenhar o seu papel de fato.” (E 03)

Nas falas dos entrevistados fica evidente um descontentamento em relação às atividades que os ACS realizam no cotidiano da USF e também a necessidade de estimular o ACS a realizar o trabalho fora da USF, as visitas, o cuidado às famílias e não somente o “papel administrativo”.

“O ACS tem todo o seu discurso de ter dupla função, de ficar na recepção, ser recepcionista, telefonista, auxiliar administrativo, mas se a equipe é organizada estes problemas são amenizados... É uma questão muito difícil na saúde da família, a motivação dos ACS para as Visitas Domiciliares, e essa é uma dificuldade muito grande.” (E 09)

“O espaço que pertence é exatamente o espaço de lá, lá fora... eles são o braço armado de qualquer unidade... os ACS aqui desta unidade deixam muito a desejar no campo, o horário de saída, o horário de retorno, é o sol que atrapalha as visitas domiciliares, é a chuva que nunca podem sair, há sempre uma série de obstáculos colocados por eles.” (E 05)

O Ministério da Saúde, na lei nº 2.488, apresenta as atribuições do Agente Comunitário de Saúde, trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 visita/família/mês; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2011).

Verifica-se ainda, a existência de problemas relacionados à formação destes profissionais e também uma grande distorção da visão que os próprios ACS possuem do seu trabalho.

“Em relação aos ACS, eu percebo que não há um entendimento total deste processo de trabalho, por ser também uma nova categoria profissional, por ser um profissional que saiu do meio comunitário... é um profissional que dá muita margem de viés, alguns se sentem líderes comunitários, e não é essa a ideia e sim de ser um elo entre a comunidade e a unidade, entre o saber científico e popular.” (E 10)

O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel, o que conseqüentemente leva a uma falta de clareza, de delimitação de suas atribuições, o que tem sido distorcido, sobrecarregando, muitas vezes, seu trabalho. Qualquer ação que deva ser desenvolvida nas famílias e na comunidade é atribuída ao ACS (TOMAZ, 2002).

Todos os profissionais entrevistados ressaltaram a grande importância desse agente para o sucesso da USF, porém a atuação desses profissionais tem claramente ficado aquém das expectativas. A responsabilidade é creditada por alguns à falta de formação, e por outros à falta de interesse dos próprios agentes comunitários da saúde que se veem desestimulados a exercer suas atribuições. Nesse contexto, os ACS acabam acumulando serviços que não lhe dizem respeito em detrimento das atividades que são inerentes às suas atribuições. E os profissionais médico, enfermeiro e dentista entrevistados não se reconhecem como co-responsáveis por isso.

3.2.6 O Exercício da Gerência

Segundo os entrevistados, a representação do papel do enfermeiro como “chefe” da USF está relacionada ao perfil desta categoria de profissionais que assume e reforça este papel dentro da equipe, além, da questão histórica da formação dos enfermeiros. “E a enfermeira já tem esta figura histórica de administradora, diferente das outras profissões, a gente assume muito isso, acredito que tá muito relacionado com o perfil desta categoria profissional.” (E 11)

“Ah é a figura do enfermeiro, é histórico do enfermeiro, de chefe, é sempre quem tá gerenciando, é quem tá na parte de administração... tem um pouco da formação também, porque a enfermeira tem a parte de gerência na sua formação, e a formação

deles, médico e dentista, é muito técnica, pode ser este o motivo de procurar tanto pela enfermeira, é uma questão de formação.” (E 02)

Os entrevistados relataram que a coordenação do ARES atribui aos enfermeiros as ações de gerência da USF, tais como, as atribuições administrativas, formação e liderança. Sendo assim, a gestão reforça a questão histórica do profissional enfermeiro no centro da gerência. “E a questão do gerenciamento... a gente como enfermeira assume isso... quando a gestão precisa de alguma informação ela procura pela enfermeira.” (E 11)

“Olha eu fui em uma reunião do ARES nas férias da enfermeira e não parecia uma reunião de gestão, mas sim um reunião das enfermeiras, só tinha enfermeiras lá, eu nem me senti bem, me senti deslocada, e já conversei com outros dentistas que vivenciaram esta mesma situação, eles relataram a mesma coisa.” (E 04)

Porém, em algumas USF foi possível perceber que, embora o enfermeiro esteja no centro das decisões gerencias da unidade, os três profissionais, que no município de São Carlos, são responsáveis pela gerência da USF (enfermeiro, dentista e médico) estão começando a dividir as atribuições de gerência entre eles e, algumas vezes, com a equipe como um todo. Além disso, estão começando a reconhecer a importância de desempenhar esta função e a importância desta parceira para a USF.

“...antes ficava muito mais em cima da enfermeira, eu acho que agora estamos conseguindo delegar mais, estamos conseguindo aos poucos diluir, ela está dividindo com a gente... Porém, ela está vendo que ser centrada sobrecarrega ela e acredito que está sendo um aprendizado para todas.” (E 03)

“Quando eu cheguei aqui eu pensei: eu vim aqui para atender e não para resolver os problemas da unidade, eu não fui formada para isso... eu vejo que hoje eu consigo me colocar muito melhor nesta parte de fazer gestão, mas ainda preciso de mais conhecimento.” (E 06)

Por outro lado, os profissionais médicos e dentistas não se sentem preparados academicamente e pessoalmente para desempenhar tal atribuição, relatam não saber como se organizar para realizar a gerência juntos. Pois, o currículo destes profissionais, não contemplam disciplinas e conteúdos suficientes para atuarem nesta área de competência de gerência. Segundo eles, algumas vezes, torna-se cômodo aos profissionais da USF manterem a tradição

histórica do enfermeiro na gerência e atribuir a esta categoria de profissionais a responsabilidade de gerenciar. Percebeu-se pelas falas que os profissionais médicos e dentistas não se sentem estimulados ou não se simpatizam com a prática da gerência, embora, eles possuam o conhecimento que esta atribuição também pertence a eles dentro da USF. “Eu sei que precisamos, tanto eu como a dentista, assumir mais esta postura de gestora da unidade, porém a gente não sabe o que fazer, como fazer.” (E 03)

“Eu, a médica e a dentista, a gente não trabalha junto, não é que a gente não queira, mas eu acho que é muito novo isso, que é muito novo a questão da gestão partilhada, a gente não tem muito claro o que podemos fazer nós três juntas.” (E 11)

Nesse ponto, verifica-se, portanto, a existência de um grande desafio para a USF em relação à questão de gerência, já que este programa requer, de todos os profissionais, a apropriação de novos conhecimentos, habilidades e tecnologias que possibilitem a organização dos serviços na perspectiva da garantia do acesso e integralidade da atenção. Transformar o agir gerencial do enfermeiro em uma prática educativa que leva os indivíduos à autoavaliação e mudança da sua ação em algo criativo, democrático e cidadão é um grande desafio (BÔAS, ARAÚJO; TIMÓTEO 2008).

3.3 O Processo de Cuidado

Por meio das análises das entrevistas realizadas com os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, foi possível identificar quatro categorias empíricas à luz da categoria analítica processo de cuidado adotado nas USF: **A Integralidade do Cuidado; O Acolhimento; A Visita Domiciliar e O Modelo de Atenção à Saúde.**

3.3.1 A Integralidade do Cuidado

Quando os sujeitos do estudo foram questionados sobre as suas atribuições na ESF, todos trouxeram relatos sobre o cuidado individual e coletivo, sempre ressaltando a importância destes para a comunidade da USF. Alguns entrevistados relataram que, ao produzir

cuidado, não voltam o olhar apenas para doença, mas vão além, olham para o sujeito como um todo e, para a sua família, consideram o contexto econômico, das relações sociais, os dispositivos intersetoriais, ou seja, conjuntos de serviços (escola, centro de convivência, igreja e etc) que os usuários da USF utilizam no seu cotidiano. Portanto, os entrevistados acreditam que, ao considerar estas dimensões, conseguem identificar melhor qual é a real necessidade do paciente, ir além da intervenção “curativa” e enriquecem a produção do cuidado.

“Eu vejo que é difícil o médico se responsabilizar pelo atendimento integral do usuário, por fazer grupos, atendimentos coletivos, ir além dos procedimentos técnicos. Mas aqui nesta unidade, o médico que estava aqui, trabalhava muito com esta questão, era bem interessante como ele abordava o usuário, o vínculo dele com o usuário, ele escutava realmente a comunidade.” (E 09)

“Aqui na unidade, a gente tenta olhar o paciente como um todo, de forma integral, considera a sua família e tudo que está ao redor do usuário, a gente vai para além do procedimento, a gente vai na casa, faz atendimento coletivo, inserimos o usuário no grupo quando necessário, fazemos contato com a igreja que ele frequenta.” (E 01)

Porém, alguns outros sujeitos do estudo, apesar de reconhecer a importância da produção do cuidado à saúde, reconhecem também que muitas vezes não exercem esta atribuição e atribuem esse comportamento à rotina, à dinâmica da USF, à cultura histórica e social da comunidade e dos trabalhadores da ESF.

Há uma grande dificuldade em mudar a lógica de produção de procedimentos para a produção de cuidado. Alguns trabalhadores alegam que não conseguem incluir na sua rotina o cuidado de forma ampliada, pois ficam “presos na agenda” e na demanda, encontram dificuldades em repensar ou refletir o cuidado e novas formas de fazer saúde

“Você sabe que a demanda é muito grande e por isso não dá tempo de abordar o paciente de forma integral, não dá tempo mesmo. A gente sabe que é importante, a gente até quer ouvir mais, atender a necessidade do usuário, construir mais vínculos, saber a sua história, saber sobre a sua família, mas a gente não consegue, eu tenho que ser rápida.” (E 02)

“Um exemplo, são as auxiliares de enfermagem, elas são muito técnicas, não tem o devido conhecimento de saúde da família e também estão acostumadas com a parte técnica, que absorve muito elas, então não dá tempo de abordar o usuário como um

todo, ou, de pensar em novas formas de fazer saúde, dedicar-se a outras atividades dentro da unidade, a dinâmica da unidade contribui, a dinâmica é elas nunca saírem da farmácia, do procedimento técnico.” (E 04)

O trabalhador da USF é o operador do cuidado. Nessas atribuições, vive tensões ao ser o clínico, e também ao ser o gerente do processo de cuidar. Nas atribuições de clínico, vive a tensão da produção de procedimentos versus a produção de cuidados; nas atribuições de gerente do processo de cuidar, vive a tensão do trabalho de equipe versus o trabalho especializado mais individualizado (MATUMOTO, et al., 2005).

3.3.2 O Acolhimento

Segundo alguns entrevistados, o acolhimento é o momento de aproximação, é o momento de encontro da equipe com o sujeito, o qual permite a ampliação da escuta, o reconhecimento das suas necessidades, a construção do vínculo do sujeito com a equipe, a humanização do cuidado, permitindo maior envolvimento e responsabilização do trabalhador da USF na produção do cuidado. Como disse Merhy (1998), o acolhimento é uma tecnologia leve que permite o processo de trabalho em saúde acontecer.

“E a gente vê o quanto o acolhimento é necessário para o usuário quanto para equipe, para as nossas relações. Para o usuário sinto que muitas vezes ele precisa ser acolhido quando chega na unidade, ou seja, precisa ser ouvido, precisa receber um olhar, dar uma suspirada mais alta, entende? E na equipe depois que todos começaram a fazer os acolhimentos parece que a equipe ficou conhecendo mais a população do território, se responsabilizou mais pelo cuidado da comunidade.” (E 06)

Foi possível identificar nos relatos a relação mais humanizada entre equipe/paciente, como uma das consequências do acolhimento. O acolhimento permite, ainda, a resolução dos problemas mais simples ou ainda referenciá-los quando necessário. É visto como uma possibilidade de mudança do processo de cuidado.

Para Malta et al. (2000), o acolhimento é a possibilidade de mudança do processo de trabalho a fim de atender a todos que procuram o serviço de saúde ultrapassando, portanto, o atendimento humanizado.

“Acredito que o acolhimento pode ser feito a qualquer hora, na recepção, na consulta, na farmácia e etc, e acredito que ele é potencial para as mudanças no processo de cuidado. Para mim precisamos nos dedicar mais ao acolhimento, pois é um momento importante, é quando estreitamos os nossos vínculos com os usuários, é onde normalmente conseguimos ouvi-los, reconhecer a necessidades de cada um. E acredito que com o acolhimento, com a construção do vínculo conseguimos trabalhar muito melhor a produção do cuidado com o próprio usuário.” (E 09)

O acolhimento pode ser uma possibilidade de construir uma nova prática em saúde, compreendendo-o como atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca; desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta (SANTOS, et al., 2007).

Por outro lado, alguns entrevistados expressaram suas dificuldades em fazer, de fato, o acolhimento de forma humanizada. Acreditam que muitas vezes a dinâmica da unidade não permite a realização de acolhimento com qualidade. “Aqui na unidade a gente tenta fazer acolhimento, mas o cotidiano é corrido, muitas vezes a gente mal conversa com o paciente.” (E 08)

“Para mim o acolhimento começa no momento em que o usuário pisa na unidade, e normalmente isso não acontece, tem uma fila enorme que veio para consulta agendada, que veio tentar um encaixe, enfim a demanda é grande e muitas vezes a gente não consegue parar para ouvir o usuário.” (E 11)

3.3.3 A Visita Domiciliar

A maioria dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas relacionaram a Visita Domiciliar (VD) como sendo atribuição dos ACS. A VD possibilita uma maior inserção na realidade da comunidade, possibilita reconhecer os aspectos sociais, econômicos e biológicos que influenciam no processo saúde-doença do usuário além de um maior estabelecimento de

vínculos com a mesma interação do profissional de saúde com o usuário, com a sua família e com o cuidador, se caso existir.

“Aqui na USF a maioria das VDs são realizadas pelos profissionais ACS, são eles que vão para as ruas fazer as visitas domiciliares. A gente percebe que é nas VDs que estabelece a maior interação da equipe de saúde com o usuário e com a sua família, é o estabelecimento do vínculo.” (E 11)

As visitas domiciliares possibilitam uma maior autonomia às famílias no cuidado do paciente. Além disso, permitem a realização da observação das condições do domicílio, dos moradores, das crenças, dos valores, das práticas populares de saúde do usuário e da família. Este momento permite, ainda, intervenções de promoção, de ações educativas em saúde e um cuidado mais humanizado e acolhedor para a comunidade. “A gente percebe que quando a família recebe as visitas domiciliares mensais, ela se sente mais empoderada para o cuidado, mais segura e com mais autonomia para cuidar do usuário.” (E 07)

“As VDs trazem muitas informações para a gente, quais são as crenças da população, os valores, as condições da casa: higiene, saneamento, quantas pessoas moram na casa, as informações também sobre os moradores como eles são e como se organizam.” (E 10)

Porém, a minoria dos profissionais entrevistados relatou que o tempo dedicado pelos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas às visitas domiciliares é insatisfatório e pouco utilizado para estas ações. Quando conseguem sair para as visitas domiciliares são muito breves em suas visitas, fazem apenas a parte curativa e, de forma rápida, voltam para a USF onde a demanda e a agenda estão sempre lotadas. “Aqui na unidade nós da gestão não fazemos VDs, não porque não queremos, mas porque falta tempo. Este ano mesmo dá para contar quais as visitas eu fiz.” (E 03)

“A gente sempre vai à visita domiciliar de forma muito rápida, somente para fazer o trabalho curativo e só, não dá tempo de fazer outras ações de saúde, na verdade mal dá tempo de realizar a própria visita domiciliar.” (E 02)

A visita domiciliar normalmente concentra-se sobre o profissional ACS, como se apenas ele fosse responsável por esta atribuição, porém, conforme apresentado anteriormente nos

documentos do Ministério da Saúde (2006a), estas atribuições também devem ser de responsabilidade do profissional enfermeiro e médico. Esta visita domiciliar precisa ser planejada, programada para ser resolutiva aos problemas do usuário e também resolutiva às questões da ESF e auxiliar na compreensão mais ampliada do processo de saúde-doença.

3.3.4 O Modelo de Atenção à Saúde

Os sujeitos do estudo ressaltaram que a maioria dos usuários busca a USF para o atendimento baseado na queixa/conduita, busca a consulta médica e medicamentos e, em menor intensidade, busca os procedimentos de enfermagem e odontológicos. Assim, as ações da saúde ficam centradas no atendimento do médico e algumas vezes no atendimento de enfermagem e do dentista. Sabe-se que, ao longo da história, a saúde foi centrada no cuidado médico, no atendimento individual, no atendimento curativo, na resolução imediata das queixas através de medicamentos. Esta cultura dificulta as ações de promoção e prevenção da saúde, já que a população ainda é resistente às ações que não sejam de resolução imediata.

“Eles vem para USF à procura do médico, e um pouco do enfermeiro, da resolução imediata, vem para pegar o remédio, para passar na consulta individual e pronto. Não possuem com clareza o entendimento do cuidado integral, da promoção e prevenção, da autonomia do cuidado, eles não estão acostumados com isso.” (E 08)

“A comunidade não vai à USF atrás de promoção e prevenção, eles não tem ensinamento para isso, eles são resistentes a estas ações, e isso a gente sabe que é cultural, que vai um tempo para entender que o modelo de saúde não é mais o médico centrado.” (E 06)

Observou-se durante as entrevistas que, por um lado, há uma tendência e valorização das práticas individuais relacionadas ao atendimento clínico-individual, ao atendimento curativo pela comunidade. E, por outro lado, estes profissionais acreditam que corroboram para este fato acontecer. “A gente ainda trabalha com o modelo médico centrado aqui na USF, nós também estamos acostumados a trabalhar no modelo antigo, no atendimento curativo, com remédio.” (E 05)

“Esses dias eu fiquei pensando que eu mesmo não valorizo as ações de promoção e prevenção, que o meu foco na USF é totalmente voltado para o meu atendimento, para o consultório. E todos os meus pacientes saem daqui com uma receita. É muito difícil eu conseguir fazer promoção, ou, indicar um dos grupos que a equipe multiprofissional faz aqui, mas a receita eu sempre indico.” (E 02)

Há uma grande dificuldade em romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da agenda/consulta. Assim, enquanto os outros profissionais interagem em equipe, acompanhando o resultado do seu trabalho, os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Portanto, é necessária uma mudança de atitude da equipe. Para que a USF se consolide como um novo modelo assistencial, é necessário romper com as práticas reducionistas e fragmentadas e com o enfoque na doença e tratamento (ALVES, 2005).

3.4 O Processo de Educação Permanente

Por meio das análises das entrevistas realizadas com os sujeitos do estudo, identificaram-se apenas duas categorias empíricas à luz da categoria analítica processo de educação permanente adotado nas USF: **Educação Permanente como Ferramenta do Trabalho e Conceito de Educação Permanente versus Educação Continuada.**

3.4.1 Educação Permanente como Ferramenta do Trabalho

Alguns entrevistados reconheceram que a Educação Permanente (EP) faz parte das atribuições dos profissionais da USF. Acreditam que é a partir do cotidiano de trabalho que ela deve acontecer, que ela é uma ferramenta potencial para o trabalho, para o reconhecimento das necessidades de saúde da comunidade e para o cuidado oferecido à comunidade. “Faz parte das minhas atribuições também a Educação Permanente e sei que esta é uma ferramenta que permite repensar, refletir o nosso trabalho.” (E 04)

“A EP é a ressignificação do nosso trabalho... eu acho importante que ela aconteça em um momento que esteja a equipe inteira reunida, pois deve ser uma formação da equipe, uma formação a partir do dia a dia do nosso trabalho.” (E 05)

Porém, alguns sujeitos do estudo relataram encontrar dificuldades em “despertar” nos profissionais o questionamento do seu trabalho e em “repensar” alternativas para buscar mudanças que possibilitariam solucionar as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho. Levando em consideração os conhecimentos e a organização da USF, afirmam que, embora tentem realizar a Educação Permanente, muitas vezes, não conseguem. “Não adianta a gente propor EP, precisa ser algo que eles queiram, algo que eles estão com dificuldades e do interesse deles, que motivem a querer aprender, a solucionar os seus problemas. Mas como fazer isso?” (E 02)

“É difícil realizar a EP, porque precisa partir da equipe, pelo menos de um membro, algo que eles repensem no seu trabalho, que encontrem dificuldades, que queiram aprender mais. Porém, não sabemos como despertar este interesse na equipe.” (E 01)

Não é nada óbvio ou transparente produzir auto-interrogação no agir produtor do cuidado e colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo do trabalho. A Educação Permanente tem de ter a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir. (MERHY, 2005).

A Educação Permanente é necessária para que a equipe de saúde da família possa compreender o processo de trabalho e o processo de cuidado, para que estes possam ser efetivados no trabalho da USF e possibilitem mudanças das práticas de saúde ao longo da vida de cada sujeito.

3.4.2 Conceito de Educação Permanente versus Educação Continuada

Durante entrevistas com alguns dos sujeitos do estudo, foi possível observar que eles não possuem clareza no entendimento sobre Educação Permanente (EP) e Educação Continuada (EC). Alguns relataram realizar EP, quando, na verdade, realizavam EC, o que pode ser confirmado nas falas dos entrevistados que seguem abaixo. Porém, sabe-se que a EC e a EP

possuem diferenças significativas: Educação Continuada é a aquisição de novos saberes, a atualização de saberes; enquanto a Educação Permanente é resultado da reflexão, da prática de trabalho, é o conhecimento que se pretende adquirir para colocar em prática no seu trabalho, no seu dia a dia.

Segundo Mancia, Cabral e Koerich (2004), a EC é uniprofissional, é uma atualização técnico-científica, acontece de forma esporádica e visa a apropriação do conhecimento. A EP, por sua vez, é multiprofissional, é uma transformação das práticas técnicas e sociais, acontece de forma contínua e visa a mudança da prática profissional.

“Aqui na unidade, a gente faz Educação Permanente toda a semana, com os ACS, já tem um horário determinado pela enfermeira, ela prepara alguma coisa e dá palestras a eles...é alguma coisa escolhida pela enfermeira, algo que ela acha que é pertinente a formação deles.” (E 05)

“A gente sempre realiza EP na reunião de equipe, uma vez por mês, é sempre alguém da gestão que prepara, e é sempre algo que a gente acha importante para a equipe, para atualizar a equipe. Acredito que eles precisam estar em constante atualização dos conhecimentos. (E 09)

Apenas um sujeito do estudo reconheceu que a sua equipe acredita que faz Educação Permanente quando, na verdade, realiza Educação Continuada. Porém, acredita-se que a equipe não realiza a EP por não ter conhecimento, na prática, de como ela acontece.

“A gente fala que faz EP, mas na verdade a gente não faz EP, não porque não quer, a gente não faz porque só conhece a teoria. Uma de nós pesquisa algum tema e passa para a equipe, isso é EP?? A gente tenta fazer isso, pelo menos uma vez por mês. Mas isso não é EP.” (E 03)

O modelo convencional de Educação Continuada, geralmente, é compreendido como a aplicação do conhecimento teórico especializado e é possível encontrarmos elementos para avaliar que, o grande investimento na capacitação de recursos humanos, não tem se traduzido em mudanças na prestação de serviços de saúde (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

A Educação Permanente em saúde tem o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, a qualidade do cuidado oferecido, o atendimento da real necessidade da população adscrita.

Sendo assim, a EP inicia-se como uma reflexão sobre a realidade do trabalho cotidiano e das necessidades da população para, então, pensar estratégias que ajudem a solucionar ou amenizar os problemas.

Capítulo IV

A TÍTULO DE FINALIZAÇÃO

“Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la. Em cofre não se guarda coisa alguma. Em cofre perde-se a coisa à vista. Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la, por admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado. Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, fazer vigília por ela, isto é, velar por ela, isto é, estar acordado por ela, isto é, estar por ela ou ser por ela. Por isso melhor se guardar o vô do pássaro do que um pássaro sem vôos. Por isso se escreve, por isso se diz, por isso se publica, por isso se declara e declama um poema: Para guardá-lo: Para que, por sua vez, guarde o que guarda: Guarde o que quer que guarda um poema: Por isso o lance do poema: Por guarda-se o que se quer guardar.”

Antônio Cicero, 2001

Ao se analisar a dinâmica da gerência nas Unidades de Saúde da Família mediante as categorias analíticas processo de trabalho, processo de cuidado e processo de educação permanente percebeu-se que a gerência é reconhecida como uma ferramenta importante capaz de gerar mudanças efetivas nas USF. O processo gerencial nas USF do estudo mostrou-se pouco desenvolvido e sua efetiva implementação apareceu como um grande desafio aos gestores responsáveis.

Observou-se que os gerentes reconhecem abertamente as suas dificuldades em gerenciar as USF e tem consciência da necessidade de mudar suas atitudes como líderes do processo gerencial. Os mesmos alegam, no entanto, possuírem dificuldades na execução das mudanças necessárias apesar de todos os entrevistados conhecerem as suas atribuições na USF e possuírem formação e experiência consideráveis na atuação em ESF.

Tem-se como fato que a gerência nas USF estudadas não acontece de acordo com o preconizado pelas políticas do Ministério da Saúde. Para que haja uma mudança nesse quadro é essencial que os profissionais gerentes revisem e reavaliem suas práticas gerenciais no intuito de empregar as práticas efetivamente propostas.

Para que se pudesse avaliar a execução da gerência nas Unidades de Saúde da Família, analisou-se primeiramente a dinâmica da gerência sob a ótica do processo de trabalho.

Uma das ferramentas importantes à execução satisfatória das proposições da ESF é o trabalho em equipe. O trajeto percorrido neste estudo mostrou que, apesar de existirem dificuldades, a implementação do trabalho em equipe poderia ser viabilizada através da correta organização do processo de tomada de decisão, da delegação responsável e, finalmente, através do claro estabelecimento de atividades e metas para cada um dos integrantes da equipe. Tais práticas tornariam a prática do trabalho em equipe não apenas mais frequente, mas também mais eficaz.

Ainda nesse contexto, outro aspecto relevante diz respeito à capacidade de comunicação em equipe, que atualmente é burocratizada pela equipe de saúde da família ao momento de reunião de equipe. Ressalta-se que há muitos outros momentos que poderiam ser utilizados como estratégias para auxiliar na melhora da comunicação em equipe como, por exemplo, os atendimentos conjuntos, as discussões de casos, as visitas domiciliares, os quadros de avisos ou qualquer outro espaço dentro da própria USF. Estes são espaços potenciais onde os trabalhadores da USF poderiam trocar experiências, dificuldades, expectativas do cotidiano do trabalho e somar esforços no sentido de melhorar a convivência da equipe com o intuito último de melhorar o cuidado oferecido à comunidade.

Observou-se em vários momentos a falta de planejamento do trabalho que levava frequentemente à execução de um trabalho excessivamente fragmentado. Tal fragmentação era agravada pela ineficiência verificada no processo de tomada de decisão nas USF onde os profissionais se mostraram inaptos e inseguros para exercer tal função que se concentra, atualmente, quase que exclusivamente no profissional enfermeiro. Sabe-se que a tomada de decisão coordenada entre os profissionais gerentes é uma ação de extrema importância para que a gerência aconteça e para que as ações possam ser desenvolvidas coletivamente dentro da USF. No entanto, ficou claro que nem a formação específica, tão pouco a longa experiência na ESF foram capazes de garantir à esses profissionais as habilidades necessárias para gerir coletivamente e harmoniosamente as unidades.

Considerando-se o planejamento do trabalho e o processo de tomada de decisão, observou-se grande dificuldade dos profissionais em balancear de maneira eficaz o tempo entre o atendimento direto à demanda e as demais atividades que também compõem seu escopo de trabalho. Atividades, essas, que tem por objetivo conscientizar, informar e realizar um acompanhamento continuado da população. Com isso, fica clara a necessidade da reorganização da dinâmica da USF, da agenda, dos atendimentos individuais e coletivos, uma vez que as ações de prevenção e promoção, quando efetivamente implantadas, irão aumentar ainda mais a demanda já saturada das USF.

Através das falas dos sujeitos entrevistados há a percepção de que o ACS realiza apenas o papel administrativo e burocrático dentro da USF. Isso torna claro o desvio de função destes profissionais e lhes afasta das suas verdadeiras atribuições: o cuidado do usuário e da comunidade. Não foi evidenciada, no entanto, nenhuma ação que propiciasse resultados capazes de mudar esta situação. Faz-se necessária, assim, a execução de um processo de conscientização da equipe de saúde da família no que diz respeito ao estímulo desses profissionais à execução das visitas domiciliares e que as atividades desses agentes sejam baseadas em metas mais claras e amplamente difundidas entre todos os membros interessados da unidade. Vale ressaltar que, quando se buscou na literatura as reais atribuições do ACS a atividade administrativa, atualmente realizada por esse profissional, não é sequer citada como uma de suas atribuições.

Verificou-se também que o exercício da gerência é amplamente desenvolvido pelo enfermeiro e tal prática é tão imposta a esse profissional quanto a demanda é imposta aos profissionais médicos e dentistas. Esses profissionais estão habituados a estas situações cotidianas e não realizam reflexões críticas a respeito destas práticas. A aceitação tácita deste modo de trabalho dificulta as mudanças de paradigmas, a renovação das práticas e conhecimentos e a busca por uma maior qualificação de atendimento. Não foram observadas propostas de mudança na figura do profissional enfermeiro que continua centralizando a

gerência e agindo em consequência da produção de um conjunto de procedimentos cotidianos da USF que estão sob sua responsabilidade. Esta aceitação implícita aos enfermeiros é fato atribuído não somente à ação pedagógica do fazer gerencial destes profissionais, mas também à equipe, à comunidade e à própria gestão que contribuem para a continuidade da centralização da gerência na figura do enfermeiro, seja por insegurança, por tradição histórica ou pela falta de preparo dos demais profissionais em partilhar tais responsabilidades.

Há a necessidade de o profissional enfermeiro repensar a sua prática gerencial, assim como de envolver os demais profissionais de saúde na gerência da USF, na busca de profissionais que planejam e desenvolvem as ações de modo a suprir efetivamente as necessidades da USF e da comunidade com uma melhor resolubilidade.

Quando se compara o processo de trabalho entre as USF estudadas, a equipe 03 chama a atenção, pois este é o único grupo que relatou ser capaz de conseguir trabalhar em equipe e conseguir dividir a responsabilidade de gerência entre os membros da equipe. Eles atribuem tal capacidade ao fato de que todos os profissionais gerentes dessa USF possuíam formação em Saúde da Família, nada que todos os outros profissionais não tivessem, e ao fato que esta ESF ficou aproximadamente um ano sem a presença do profissional enfermeiro na equipe, o que obrigou a ESF a dividir muitas das atividades que antes eram desenvolvidas apenas pelo profissional enfermeiro. Outro fato que chama a atenção nos relatos colhidos é que os profissionais responsáveis pela gerência da USF estudavam juntos os aspectos da gerência da mesma e as políticas do Ministério da Saúde no próprio local de trabalho.

Em relação ao processo de cuidado, merece destaque a preocupação nas falas dos sujeitos com a integralidade do cuidado. Para eles, a integralidade do cuidado está presente no encontro entre o profissional e o usuário, na conversa, na preocupação dos profissionais em atender as necessidades dos usuários, em trabalhar com a prevenção e a promoção. Porém, o cuidado estabelecido na rotina das USF estudadas possui foco no cuidado individual e apresenta dificuldade em realizar promoção e prevenção. Observa-se que, no município estudado, o

desafio da construção do cuidado integral permanece e fica evidente que a produção do cuidado continua voltada para o cuidado individual.

Ainda nesse contexto, também foi reconhecido a do acolhimento para a ESF. O acolhimento pode ajudar na organização da demanda que atualmente é uma grande dificuldade encontrada pelos profissionais das USF. Tem-se também que a equipe de saúde da família deve ampliar o seu olhar sobre o acolhimento, pois ele pode ajudar a USF no fortalecimento do vínculo equipe/usuário, além de contribuir com a satisfação do usuário no processo de cuidado oferecido pela ESF, e permitir uma maior autonomia do usuário no seu cuidado. O acolhimento, porém, precisa ser uma estratégia mais amplamente pensada, organizada e realizada em parceria com toda a USF. Dever ser encarado como uma responsabilidade de todos.

Verificou-se ainda que a visita domiciliar, atividade que está relacionada ao processo de cuidado, é uma atribuição comum aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas segundo documentos do Ministério da Saúde. Além destes três profissionais, o ACS também possui essa atribuição na sua rotina de trabalho. Porém, os profissionais médicos, enfermeiros e dentistas não realizam essa ação e atribuem toda a responsabilidade da VD aos ACS. No entanto, houve a percepção que as atividades dos ACS se concentram atualmente nas ações administrativas e burocráticas de modo que suas ações acabam distantes das VDs. As visitas domiciliares são ações pouco realizadas nas USF, mesmo sendo uma atribuição comum a vários membros da ESF.

Observou-se que a prática da USF ainda é centrada no modelo de atenção biomédico que privilegia a atenção ao cuidado individual e curativo de modo que estas práticas são amplamente empregadas em detrimento ao modelo de atenção proposto pela ESF. Os profissionais das USF tem consciência, porém, que precisam mudar as suas atitudes para que o modelo de atenção proposto pela ESF aconteça de forma concreta. Por outro lado, observou-se que a comunidade também contribui para a não efetivação do modelo de atenção proposto e para a valorização ao atendimento curativo, e que a maior parte da comunidade não tem consciência que esse processo precisa de mudança.

Finalmente, tem-se a categoria analítica denominada processo de educação permanente. Sua implementação apresentou-se como um desafio às equipes de saúde da família do estudo, não apenas pela falta de conhecimento de como a EP pode ser realizada no cenário da USF, mas também devido à dificuldade da problematização do cotidiano de trabalho e do auto-questionamento do profissional a respeito do seu próprio trabalho.

Os profissionais dizem não conseguir realizar a educação permanente por falta de conhecimento de como ela deve ser feita na ESF. Eles acreditam, inclusive, fazer educação permanente quando, na verdade, realizam educação continuada. Ainda assim, verificou-se que a EC não é valorizada pelos profissionais gerentes apesar desta educação também ser importante para o desenvolvimento de potencialidades na perspectiva de transformação da prática no cotidiano de trabalho.

Verifica-se, de modo geral, que as fragilidades encontradas no processo de trabalho, processo de cuidado e processo de educação permanente estão em grande parte relacionadas à pouca clareza nas atribuições de cada um desses três profissionais médico, enfermeiro e dentista, bem como de cada membro da equipe de saúde da família e também na falta de compartilhamento das responsabilidades de gerência entre os três profissionais: médico, enfermeiro e dentista das USF.

Retomando a idéia de fatores determinantes e determinados no processo de organização dos serviços da gerência em saúde levantada por Mishima (1995), levantam-se hipóteses a respeito dos fatores que atuaram como possíveis determinantes para que os processos de gerência atualmente verificados fossem determinados. Verificou-se claramente que, apesar de todos os entrevistados possuírem uma trajetória de formação que inclui a especialização em Saúde da Família, tal especialização não foi capaz de quebrar totalmente os costumes dos profissionais amplamente habituados ao modelo hegemônico que ainda se mostram pouco inclinados a assumir efetivamente papéis de gerentes. A própria gestão municipal não apresenta de forma clara as metas e objetivos das ações que devem ser

desenvolvidas pelas USF, das atribuições dos profissionais da ESF e isso dificulta consideravelmente o arranjo organizacional dessas unidades. A gestão municipal também não apresenta clareza na redação da política de Educação Permanente de Saúde empregada pelo município. Esse cenário contribui como fator determinante do fato que os profissionais, principalmente médicos e dentistas, não se sentem aptos a apoiar as ações de gerência pois acreditam não estarem aptos nem claramente habilitados a assumirem tais responsabilidades.

Outros fatores determinados por esse cenário incluem a dificuldade em realizar o trabalho e a comunicação em equipe. O primeiro acontece de forma individualizado e fragmentado, e a comunicação em equipe acontece de forma ineficiente e truncada. Nota-se grande dificuldade no planejamento das ações da USF e mesmo quando há planejamento das ações a execução muitas vezes é mal sucedida; são raros os momentos de tomada de decisão nas USF, isso porque os profissionais acreditam ser inseguros e despreparados para tal ação; o cuidado é centrado na demanda, o fluxo da USF segue as agendas dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas; a equipe e a comunidade valorizam as ações curativas e consultas individuais às ações de prevenção e promoção; e para a equipe da USF o ACS é depositário dos insucessos da ESF, e nenhum dos profissionais entrevistados se mostrou sentir co-responsável por este insucesso, mesmo que as diretrizes do Ministério da Saúde mostrem de forma explícita que a gerência e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS é atribuição do profissional enfermeiro da USF.

Outra questão a ser ressaltada é que, algumas vezes, os profissionais da equipe de saúde da família realizam de fato ações de gerência no cotidiano da USF, porém não reconhecem tais ações desenvolvidas como atividades de gerência. Acreditam que realizam atividades de gerência apenas quando são ações administrativas/burocráticas que, na maioria das USF, são realizadas pelo profissional enfermeiro. Por isso, este profissional é amplamente reconhecido como o único que exerce a gerência nas USF uma vez que, de fato, os documentos do Ministério da Saúde atribuem as ações administrativas/burocráticas exclusivamente ao profissional

enfermeiro. Vale ressaltar que os profissionais médicos e dentistas exercem atividades que são, sim, atividades de gerência, porém, como não são ações administrativas/burocráticas, esses profissionais acabam não sendo reconhecidos pela equipe e nem por eles mesmos como gerentes das USF.

Verifica-se, portanto, a necessidade de uma transformação no modelo de atenção na perspectiva da construção de novos paradigmas na saúde. Modelos que precisam ser construídos aos poucos, na ótica de se estabelecer uma demanda organizada juntamente à população que, até então, não tinha acesso facilitado aos serviços de saúde. É fundamental, portanto, que esta demanda seja atendida em suas necessidades primordiais e que, gradualmente, se estabeleçam alternativas assistenciais para que esta demanda seja também qualificada, de modo que, aos poucos, ela vá buscando não apenas a consulta, mas também adquirindo autonomia no seu cuidado.

Esse projeto seria potencializado pela estipulação de atribuições, objetivos e metas claras e amplamente difundidas a cada um dos profissionais gerentes, bem como às suas respectivas equipes. Além disso, tais profissionais precisam ser motivados a alcançar os objetivos e as metas estabelecidas juntamente à equipe. Há também a necessidade de se definir explicitamente as atribuições dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas em relação às atribuições específicas de gerência para estimular esses profissionais a exercer as atribuições de gerente que, em muitas vezes, pode envolver situações desconfortáveis nas quais o profissional deve se sentir protegido pelo escopo das suas atribuições.

Passando ao âmbito da gestão, o ARES deve exercer o seu papel de entidade reguladora e estar mais claramente presente na gerência e no cotidiano das USF, de modo a definir e proteger, junto à equipe de saúde da família, as atribuições de cada membro da equipe e a todo momento avaliar e reavaliar a eficiência e a efetividade da execução das atribuições profissionais tanto de gerentes como dos demais profissionais. A gestão do ARES e a gerência da USF deve investir e estimular os momentos coletivos de equipe, como reunião de equipe,

momentos de educação permanente, e ainda ampliar a escuta e o diálogo com a equipe da USF. O município também deve participar desse processo investindo em um projeto político de educação permanente que propicie a vivência e a reprodução da EP nas equipes.

É através deste trabalho multifocal de grande abrangência que as questões das equipes de saúde da família poderão ser desenvolvidas visando sempre um cuidado cada vez mais completo, eficaz e humano.

Capítulo V

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v. 9, n.16, p.39-52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.455-464, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 3 mar. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

BERNARDINO, M. T. S.M. et al. Consensos e divergências: a capacitação profissional das equipes de saúde da família no município de São Carlos (SP). **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.75-89, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 3 out. 2011.

BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M.; O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA 5; CONGRESSO NACIONAL DE REDES EM SAÚDE 1; MOSTRA PARANAENSE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2, Londrina, Paraná. **Relatório Final da Oficina de Trabalho**. Londrina, 2003. p. 1-18.

BERTUSSI, D. C. **Desenvolvimento Gerencial em Saúde**: limites e possibilidades. 2002. 283 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

BÔAS, L. M. F. M. V.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-1360, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 18 jan. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília, v. 2, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, n. 23, p. 1-58, jul./set. 2009 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, n.º 17, 1.ed. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350**, de 5 de Outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal>>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 3. n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O CNS e a Construção do SUS: referências estratégicas para melhoria do modelo de atenção a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade Básica de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal>>. Acesso em: 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília, jan. 1997. p. 1-34.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.849-859, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 8 dez. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

CAMPOS, G. S. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 07 dez. 2011.

CARDOSO, C. L. Relações Interpessoais Na Equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 7, n. 1, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 28 set. 2012.

CECCIM, R. R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.975-986, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 01 set. 2011.

FERNADES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.1541-1552, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03 maio. 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C.; O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set./dez., 2005.

FRACOLLI, L. A.; EGR, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, p. 13-18, set./out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 27 out. 2011.

GERMANO, R. M. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto**. Natal (RN): Observatório RHNESEC/UFRN, 2007. p. 105-132.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v.18, n. 2, p.147-155, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

MACHADO, M. L. T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar; 2007.

MALTA, D. C. et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde Debate**, v.24, p. 21-34, 2000.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação Permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-610, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

MATUMOTO, S. et al. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.9, n.16, p. 133-142, set./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 09 dez. 2011.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na Produção de Saúde. In: Reis AT et al. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 143-60, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S.(Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método, e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-96.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 355f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 15.ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

NETO, F. R. G. X.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-695, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 dez. 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p.1819-1829, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 17 dez. 2011.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p.464-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.3, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, B. I.; LIMA, F. C. J (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 271-278.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre o trabalho e interação. 1998. 254 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

PEDUZZI, M. PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B; NEMS, M. I. R; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programa e ações na unidade básica de saúde. São Paulo, Hucitec, 2000.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, W. S. C.; GUERREO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 323-345.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 46-52, jan./mar., 2007.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS FILHO, S.; FIGUEIREDO, V. O. N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, n.1, p.615-26, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.01, p.75-85, jan, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. São Carlos, 2009. p.75.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Dados da Cidade de São Carlos**. Conheça São Carlos. Dados geográfico de demográfico. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/115412administracoes-regionais.html>>. Acesso em: 07 set. 2012.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SILVA, R.F.; SÁ-CHAVES, I. Formação Reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.12, n.27, p.721-34, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 23 out. 2011.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos Psicologia**, Natal, v.8, n.3, p. 515-523, 2003.

TEIXEIRA, R. A.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, v. 53, n.2, p.193-206, 2000.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.10, p.75-94, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.15, n.2, p. 345-353, abr./jun., 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar. Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica - PPGGC. **Termo de Referência para o Trabalho de Conclusão do Mestrado**. São Carlos: UFSCar, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. São Carlos: UFSCar, 2009. p. 1-90.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar. Curso de Medicina – CCBS. **Projeto Político Pedagógico**. São Carlos: UFSCar, 2007. p. 1-139.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar. **Projeto Pedagógico Preliminar**. São Carlos: UFSCar, 2005. p. 1-143.

VANDERLEI, M. I. G.; **O gerenciamento na estratégia da saúde da família**: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. 2005. 245 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

VANDERLEI, M. I. G; ALMEIDA M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 02, p. 443-453, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 maio 2012.

VIANA, A. J. D.; POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p.11-48, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2012.

CAPÍTULO VI

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

O processo gerencial nas Unidades de Saúde da Família

Data da entrevista: __/__/__

Profissão: _____

Quanto tempo de formação: _____

Quantos anos trabalha em USF: _____

Quantos anos trabalha na USF local: _____

Possui especialização em SF E C: () S () N

1- Como o trabalho nesta equipe de saúde da família esta organizado?

2- Qual o seu trabalho, e quais as suas ações desenvolvidas nesta Unidade de Saúde da Família?

3- Explique um pouco mais cada uma destas ações?

4- Como e com quem você desenvolve estas ações?

5- Como você vê as atividades desenvolvidas pelo médico, enfermeiro e dentista na sua Unidade de Saúde da Família? Essas atividades estão de acordo com as atribuições estabelecidas pelos documentos do Ministério da Saúde?

6- Como você vê as atividades desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem, auxiliar odontológico e agentes comunitários de saúde, na sua Unidade de Saúde da Família? Essas atividades estão de acordo com as atribuições estabelecidas pelos documentos do Ministério da Saúde?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “A Gerência nas Unidades de Saúde da Família: o olhar dos profissionais”.

Pretende-se entrevistar enfermeiros, médicos e dentistas, que atuam na gestão de equipes de saúde da família, objetivando-se a análise de como ocorre o processo de gestão vivenciado pelos gestores das Estratégias de Saúde da Família em um município, no interior do Estado de São Paulo, e qual é o entendimento destes mesmos atores sobre oferecer cuidado em saúde dentro da Unidade de Saúde da Família (USF) que trabalham. Você foi selecionado por ser um dos profissionais (enfermeiro, médico ou dentista) que trabalha em uma USF no presente momento. Sua participação não é obrigatória.

As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora, de forma individual, em local privativo, mediante a modalidade designada como entrevista centrada no sujeito. Sua entrevista poderá ser gravada sob sua anuência. Caso não consinta, poderá também optar por dar seus depoimentos por escrito.

Não há previsão de despesa decorrente de sua participação; será mantido sigilo das respostas e não haverá identificação nominal dos participantes, pois as entrevistas serão identificadas por código. Os riscos serão mínimos: das pessoas sentirem algum constrangimento em relação a entrevista, ou poderá sentir cansaço durante a entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper a qualquer momento, se assim o desejar. Os dados obtidos serão utilizados somente para este fim e poderão ser publicados em revistas científicas, garantindo-se o anonimato dos sujeitos.

O pesquisador coloca-se à disposição para quaisquer esclarecimentos ou dúvidas que surgirem.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Juliana Delalibera Thobias Mendes, RG:34.380.427-x/CRN3:26877. Nutricionista. Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

modalidade de Mestrado Profissional associado à residência em saúde. Endereço: Rua Jesuíno de Arruda, nº 1968. Apto. 12. Centro. CEP: 13560-642. São Carlos - SP. Telefone: (16) 8826-2883. Endereço Eletrônico: judelalibera@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13565-905 – São Carlos – SP - Brasil. Telefone: (16) 3351-8119. Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____, 2011.
_____ RG: _____

Assinatura do participante da pesquisa