



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DE ENFERMAGEM

MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS

**O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2013

MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS

**O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como forma de avaliação parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a Mariluce Karla Bomfim de Souza.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS
2013

J58p Jesus, Michele de Araújo de
O processo de gerenciamento na estratégia saúde da família com ênfase no planejamento das ações / Michele de Araújo de Jesus. – Santo Antônio de Jesus, 2013.

98 f.;il.

Orientadora: Profª. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2013.

1. Gerência de serviços de saúde 2. Planejamento em saúde 3. Saúde da família 4. Atenção primária I. Souza, Mariluce Karla Bomfim de II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde III. Título.

CDD 362.10981

MICHELE DE ARAÚJO DE JESUS

**O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como forma de avaliação parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Aprovado em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mariluce Karla Bomfim de Souza (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof^a. M^c. Elaine Andrade Leal Silva
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Prof^a. M^c. Margarete Costa Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

A Deus, por ser o guia da minha vida.
À minha família, por acreditar e apostar no meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar mais este desafio na minha vida, tenho muito a agradecer àqueles que participaram direta ou indiretamente de mais essa vitória.

À Deus agradeço imensamente, por ser o alicerce da minha vida e por estar comigo em todos os momentos.

À minha família, agradeço pelo apoio e amor incondicional, principalmente a minha mãe (Vera) e meu pai (Edvaldo).

A professora Mariluce, agradeço por ter aceitado ser minha orientadora e também, por representar o exemplo de profissional que quero ser no futuro próximo.

A você (Ciça) agradeço por ser a minha companheira de estudos e de risos nas madrugadas.

A vó Coleta e a bisá (Ab) sou grata pelas orações e pela proteção que vocês pediram a Deus para mim.

A minha companheira de estudos (Isis) apenas digo, “nós conseguimos, hein”.

A todos os professores da UFRB, por me ajudarem a trilhar os caminhos da Enfermagem.

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

À Secretaria de Saúde de Santo Antônio de Jesus agradeço por ser um espaço aberto para construção do conhecimento junto a Universidade.

Por fim, a todos deixo o meu “muito obrigado”!

RESUMO

A consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, tem exigindo dos gestores e profissionais esforços e empenho para o gerenciamento e planejamento das ações que garantam o pleno funcionamento dos serviços e programas de saúde e, atendam as necessidades da população. Nesta perspectiva, este estudo aborda o processo de gerenciamento e planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família (USF), tendo como objetivo geral: Analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações, em Santo Antônio de Jesus – BA, no ano de 2012. Os seus objetivos específicos foram conhecer o perfil dos profissionais que assumiam a gerência, identificar o uso e as atividades desempenhadas para o planejamento das ações e por fim, identificar as facilidades e dificuldades do processo de gerenciamento. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa, sendo o campo de coleta de dados as Unidades de Saúde da Família, do município de Santo Antônio de Jesus – BA. Os sujeitos participantes foram os profissionais que assumiam a gerência nestas Unidades de Saúde - enfermeiros e cirurgiões-dentistas - totalizando 09 profissionais. A técnica de coleta de dados, empregada foi a entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo, proposto Minayo a partir das ideias de Bardin (1977), sendo definidas três categorias: Processo de gerenciamento na Unidade de Saúde da Família; Concepções, estratégias e uso do planejamento para o gerenciamento em Unidades de Saúde da Família e Dificuldades, potencialidades e desafios para o gerenciamento na USF. Nesta pesquisa, todos os critérios éticos foram respeitados de acordo com a Resolução nº 196/96, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Este estudo mostrou que o gerenciamento é compreendido como um processo contínuo e permanente, influenciado diretamente pela formação e experiência profissional e conduzido por meio de diferentes dinâmicas como o compartilhamento das funções, divisão de atividades ou o rodízio trimestral entre enfermeiros e cirurgiões-dentistas nas funções gerenciais. Quanto ao uso do planejamento em saúde observou-se, que ora este é considerado um importante instrumento para a gerência de serviços de saúde, aproximando-se dos enfoques teóricos metodológicos do Planejamento Normativo (Tradicional) e do Planejamento Estratégico Situacional (PES), ora é desconsiderado como ferramenta do processo gerencial, determinado assim, a improvisação das ações de saúde. Deste estudo, emergiram como dificuldades do processo de gerenciamento a gestão de pessoas e sobrecarga do trabalho gerencial, como desafio identificou-se o impasse da articulação com a rede de assistência a saúde e como facilidades revelou a importância do trabalho em equipe e do bom relacionamento interpessoal. Desse modo, esperamos que estes achados contribuam para o estudo na área de gerência de serviços de saúde da Atenção Básica e auxiliem na elaboração de alternativas que subsidiem o desenvolvimento das funções gerenciais e dessa forma melhore o processo de trabalho e garanta a qualidade da assistência para os usuários.

Palavras-chave: Gerência de serviços de saúde; Programa Saúde da Família; Atenção primária; Planejamento em saúde.

ABSTRACT

The consolidation of the family health strategy (ESF) as a priority for the reorganization of primary health care in Brazil, has professional managers and demanding effort and commitment to the management and planning of actions that ensure the full operation of health programs and services and meet the needs of the population. From this perspective, this study tackles the process of management and action planning in family health Units (USF), with the general objective: Analyze the management process in the family health strategy with emphasis on action planning, in Santo Antônio de Jesus-BAHIA, in the year 2012. Its specific objectives was to know the profile of professionals who take on management, identify the use and the activities performed for the planning of actions and finally, identify the facilities and difficulties of the management process. It is a field research, descriptive, qualitative approach, the field data collection family health units, in the municipality of Santo Antonio de Jesus-BA. The subject participants were professionals who assumed management in these health units -nurses and dentists- 09 total professionals. Data were analyzed from the method of content analysis, proposed Minayo from the ideas of Bardin (1977), being defined three categories: Management process in family health unit; Conceptions, strategies and use of planning for management in health care facilities and family Difficulties, potential and challenges. In this research, all ethical criteria were respected in accordance with the resolution No. 196/96, being approved by the ethics and Research Committee. This study showed that the management is understood as a continuous and ongoing process, influenced directly by the formation and professional experience and conducted through different dynamics as the share of the functions, activities or Division quarterly round robin between nurses and dentists in managerial functions. As for the use of health planning noted, that this is considered an important tool for the management of health services, approaching theoretical methodological approaches of Normative Planning (traditional) and the Situational strategic planning (PES), it is disregarded as a tool of the management process, given the context of the health actions. Of this study, emerged as the management process difficulties people management and management, work overload was identified as a challenge the deadlock of the joint with the health service network and as facilities revealed the importance of teamwork and good interpersonal skills. In this way, we hope that these findings will contribute to the study in the area of health services management of the basic attention and assist in the elaboration of alternatives they subsidize the development of managerial functions and in this way improve the work process and ensure the quality of care for users.

Keywords: Health services management; The family health program, Primary health care; Health planning

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	12
2.2 PROCESSO DE GERÊNCIA E PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE	15
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	21
3.1 TIPO DE ESTUDO	21
3.2 CAMPO DE PESQUISA	21
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	23
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	24
3.5 ANÁLISE DE DADOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	27
4 ANÁLISE DOS ACHADOS	29
4.1 PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	29
4.1.1 Perfil e experiência dos profissionais que assumem a gerência	30
4.1.2 As atividades de gerência executadas nas Unidades de Saúde da Família	34
4.1.3 Dinâmicas de gerência: Gerência enquanto processo contínuo e permanente; Gerência compartilhada e rodízio na gerência.	40
4.2 CONCEPÇÕES, ESTRATÉGIAS E USO DO PLANEJAMENTO PARA O GERENCIAMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.	48
4.3 DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O GERENCIAMENTO NA USF.	60
4.3.1 As dificuldades para a gestão de pessoas e a sobrecarga de trabalho na USF	60
4.3.2 Articulação em rede como desafio para o gerenciamento na USF	65
4.3.3 Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe como facilitadores do processo de gerenciamento	69
5 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	92
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	92
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93

APÊNDICE C – OFÍCIO ENVIADO À COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS - BA	94
ANEXOS	95
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP	95
ANEXO B – CARTA DE APRESENTAÇÃO	98

1 INTRODUÇÃO

A história da saúde no Brasil foi marcada por inúmeros acontecimentos no âmbito nacional e também no internacional. Ferreira e Buss (2002) descrevem que no mundo o amplo debate realçando a influência econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma nova abordagem neste campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle de doenças. Assim, momentos históricos representados pelas conferências de saúde deram origem a documentos como o Informe Lalonde, a Declaração de Alma-Ata, a Carta de Ottawa, a Declaração de Adelaide e outras, destacando a importância de se discutir a saúde das populações, com ênfase na promoção da saúde.

Neste contexto, no Brasil, segundo Paim e colaboradores (2011), as transformações econômicas, demográficas, políticas e sociais, ligadas aos desafios que antecederam a organização do sistema de saúde brasileiro, também geraram inquietações e influenciaram o Movimento de Reforma Sanitária no país. Esse movimento contribuiu para que posteriormente fossem idealizados e traçados os caminhos para construção de um modelo de assistência a saúde, pautado nos indivíduos, na comunidade e na família. Atualmente, o Sistema de Saúde Brasileiro é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como fundamento principal, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Dentre às iniciativas propostas pelo SUS para organização do setor saúde, encontra-se a Atenção Básica (AB), em que foram propostos programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Posteriormente, em 2006, foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), com a finalidade de operacionalizar as diretrizes desta área. Por conseguinte, em 2011, foi publicada a Portaria nº 2488 que atualiza as diretrizes e normas da PNAB e reafirma a Saúde da Família (ESF) enquanto estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde.

Assim, a ESF configura-se como uma alternativa para reorganização da oferta de serviços e uma opção para mudança no modelo assistencial, predominantemente medicalocêntrico (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2007; RODRIGUES; ANDERSON, 2011). Afinal, segundo a PNAB, é neste cenário que a atenção básica é desenvolvida por intermédio das “práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos [...]” (BRASIL, 2011, p. 03).

Na ESF as práticas de cuidado e gestão compõem o processo de trabalho dos profissionais que integram a equipe de saúde da família, cabendo aos mesmos a responsabilidade de elevar as ações desenvolvidas nestes serviços, tendo como base os princípios do SUS. Portanto, é no âmbito das práticas gerenciais desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, que estão inseridos os profissionais que assumem as atividades gerenciais.

Para Miranda (2007, p. 84) compete ao profissional “gerente” de Unidade de Saúde “diagnosticar, planejar, eleger prioridades, orientar; enfim, administrar todos os setores da unidade e todas as variáveis relacionadas à promoção da saúde”, no meio externo (comunidade) e interno (equipe de saúde). Por isso, o processo de trabalho desenvolvido por estes “gerentes” representa:

[...] um instrumento potente para a efetivação de políticas públicas, pois, o trabalho de gerência, é ao mesmo tempo, “condicionante” e “condicionado” pela forma como se organiza a produção dos serviços de saúde e conseqüentemente o modelo tecno-assistencial em curso (CAMPOS; MERHY; NUNES, 1994 *apud* ERMEL; FRACOLLI, 2003, p. 90).

Assim, entende-se que o processo gerencial pode atuar influenciando e sendo influenciado por diferentes contextos e sujeitos, para efetivar as ações planejadas na Atenção Básica. Além disso, a discussão referente ao processo gerencial, também traz a tona duas reflexões relacionadas ao paradigma e dificuldade para exercê-la e ao profissional responsável pela função gerencial, questões estas que representam lacunas dos conhecimentos para os estudiosos da temática.

A primeira reflexão refere-se à dualidade do processo gerencial, tendo em vista que, por vezes este é compreendido como atividade meramente burocrática, devido as dificuldades de acesso a recursos organizacionais, material, cognitivo e, até mesmo ético e por outras vezes é entendido como instrumento de mudança, crescimento e desenvolvimento das ações executadas pelos serviços básicos de saúde, com foco na efetivação das políticas públicas (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; PASSOS; CIASOK, 2006).

A segunda reflexão menciona que a figura do profissional que assume as funções gerenciais, ainda não é bem definida ou especifica para as Unidades de Saúde, sendo apresentadas apenas as competências para atender as demandas dos usuários destes serviços (BÔAS et al, 1998 *apud* PETERLINI, 2004). Portanto, diante desse segundo pensamento vale destacar que a Portaria Ministerial nº 2488/11, não indica a figura do profissional-gerente, e sim destaca as ações gerenciais como atribuições comuns aos profissionais da equipe.

Entretanto, na realidade prática das Unidades de Saúde da Família (USF's) no estado da Bahia, a coordenação ou departamento de Atenção Básica dos municípios recomenda, de modo a organizar e facilitar a gerência de tais serviços, a indicação de um profissional com nível superior, para assumir formalmente as responsabilidades gerenciais.

Nessa conjuntura, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, as atividades gerenciais são assumidas por recomendação da Secretaria Municipal de Saúde, pelos enfermeiros (as) ou cirurgiões-dentistas (as), em forma de rodízio trimestral. A esses dois profissionais, que compõem a equipe de saúde da família, cabem a execução de atividades gerenciais, bem como o planejamento das atividades a serem desenvolvidas como modo de garantir o pleno funcionamento destes serviços de saúde e conseqüentemente executar as determinações estabelecidas pela PNAB.

Tal realidade foi observada enquanto discente, ao longo do processo de graduação, ao ter contato com componentes curriculares como “Enfermagem em Saúde Coletiva” e “Administração e Planejamento dos Serviços de Saúde”. Portanto, diante das vivências práticas das disciplinas supracitadas associadas às discussões sobre a dimensão do SUS e da Atenção Básica surgiram inquietações sobre a temática “Processo de gerenciamento e planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família”, na conjuntura da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesse sentido, este trabalho torna-se relevante na medida em que trabalha as lacunas do conhecimento acerca do processo de gerenciamento e traz a sua contribuição na perspectiva acadêmica, para os serviços e para a população atendida pela Estratégia de Saúde da Família.

Assim, apresentamos como questão norteadora para o desenvolvimento deste estudo: Como se dá o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família, no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia?

A partir disso, definimos como objetivo geral deste estudo: analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações, em Unidades de Saúde da Família, no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. E como objetivos específicos: conhecer o perfil dos profissionais que assumem a gerência das USF do município de Santo Antônio de Jesus; identificar o uso e as atividades desempenhadas pelos gerentes para o planejamento das ações na USF; identificar as facilidades e dificuldades do processo de gerenciamento na USF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

Para se compreender a existência de quase duas décadas do processo de implantação da Atenção Básica (AB) no Brasil e a relevância da mesma para o contexto do sistema de saúde brasileiro é preciso retomar acontecimentos transcorridos em décadas passadas, tanto no espaço nacional quanto internacional. Sendo assim, as bases que compõem atualmente, os princípios e diretrizes da área da AB foram pensados a partir de conferências, movimentos e debates sobre a saúde e melhora das condições de vida da população, ou seja, foram idealizados em concordância com o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e das discussões referentes à promoção da saúde das populações, mais especificamente desvinculado de um modelo medicalocêntrico, de assistência fragmentada e de baixo impacto na situação de saúde da população (STARFIELD, 2002; SANTOS, 2007 a; CASTRO; MACHADO, 2010).

O ideal de promoção da saúde surgiu na literatura em 1920, a partir da concepção de Winslow, seguido da proposta de Sigerist, em 1942. A partir daí, esse conceito passou a ser amplamente discutido no âmbito da saúde e vários documentos foram criados abordando esta temática (SPERANDIO et al., 2004; OLINDA; SILVA, 2007). Um dos marcos iniciais referente à promoção da saúde nasceu no contexto internacional, através do movimento canadense, defendido pelo Informe Lalonde, em 1974. Este documento trouxe à tona as reflexões sobre a promoção da saúde, no contexto do planejamento estratégico. Assim, quatro determinantes de saúde - biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde - foram apresentados como componentes essenciais para o trabalho no campo da saúde (OLINDA; SILVA, 2007).

Outro marco histórico veio com a conferência internacional que deu origem especificamente, a Declaração de Alma-Ata (1978). Por meio de discussões sobre os cuidados primários de saúde e o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”, esta conferência defendeu aspectos presentes atualmente na concepção da AB, apresentando os cuidados primários à saúde como essenciais, fundamentados em métodos e tecnologias práticas bem desenvolvidas para o indivíduo e a coletividade, e com garantia da participação dos mesmos no processo de assistência à saúde.

Nesta perspectiva, os momentos subsequentes na história da promoção da saúde são representados pelas definições da Carta de Ottawa (1986), a cerca da capacitação da comunidade para agir na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, com ênfase na participação popular e controle dos determinantes do processo de saúde – doença; pela Declaração de Adelaide (1988, p. 01), quando esta “dá uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais.”; e pelos demais movimentos representados por Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a de Adelaide (1988), a saber: a de Sundsväl (1991), a de Santa Fé de Bogotá (1992), a do Canadá (1996), a de Jacarta, (1997), a Conferência da Rede de Megapaíses (1998), a do México (2000) e a de Bangkok (2005) (BRASIL, 2002; SPERANDIO et al, 2004; HEIDMANN et al, 2006).

Nos anos 80, paralelo e coincidentemente com os movimentos mundiais, no Brasil, “inspirado pelas concepções e práticas ampliadas da APS” surgiu o Movimento de Reforma Sanitária, criando um marco para a história da saúde brasileira (GÖTTEMS; PIRES, 2009). Conseqüentemente, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, as discussões referentes à necessidade de garantia de boas condições de vida e saúde da população ganharam destaque, e em função disso, o conceito de saúde foi aprovado como parte integrante do conjunto de direitos da população e dever do Estado, sendo inserido no texto constitucional de 1988 (PAIM et al, 2011). Além disso, nesse momento também foram desenhadas as bases do que viria a ser o atual sistema de saúde brasileiro.

Na década seguinte, em 1990, tendo em vista o enfoque no “novo” conceito de saúde, foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema regulamentado pelas Leis nº 8080/90 e 8142/90, as quais dispõem, respectivamente, dos “princípios, diretrizes gerais e condições para organização e funcionamento do sistema” e sobre “o financiamento e instâncias de participação na gestão” (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b), foi idealizando especificamente para garantir a população uma assistência pautada no cuidado integral, universal e equitativo.

Após a implantação do SUS, de acordo com Paim e colaboradores (2011), o projeto da reforma sanitária foi reiniciado incentivando então a descentralização do sistema de saúde. Os primeiros passos para a organização do sistema, com vista à expansão do mesmo, foram à implantação de medidas como “legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo” (PAIM et al, 2011. p.19). Logo, esse momento foi marcado pelo surgimento da Atenção Básica como medida organizacional.

O projeto inicial de implantação da AB começou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com a finalidade de qualificar o acesso e a assistência e posteriormente, foi reforçado pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégia de (re)orientação do modelo assistencial, em consonância com os princípios do SUS (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2007). Essas alternativas que compõem atualmente a área da AB, ampliaram a proposta do SUS e fortaleceram o desenvolvimento da mesma ao longo dos anos, fazendo com que novas políticas e leis fossem instituídas.

Sobre este aspecto, Giovanella e colaboradores (2009, p.784) relatam como a AB foi incorporada na organização do sistema de saúde, especificamente através de uma política. Sendo assim, em 2006:

a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), [*Portaria nº 648 de 28 de março de 2006*] acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais na Comissão Intergestores Tripartite, ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a Saúde da Família como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da atenção básica[*destaque nosso*].

Já em 2011, a Portaria nº 2488/2011 apresentou a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e reafirmou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como meio de (re) orientação do modelo de atenção à saúde. Assim, a AB representa uma alternativa de descentralização da saúde e consequente compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas do governo (SCOREL et al, 2009). Entretanto, por outro lado, a AB também tem sido compreendida como um “serviço simples, elementar, de baixo impacto” (SANTOS, 2007a, p. 16) e de “pouca influência no reordenamento do mercado de bens e de serviços de saúde” (GÖTTEMS; PIRES, 2009, p. 191).

Tais posicionamentos têm gerado discussões referentes à importância e magnitude da AB para a (re)organização do sistema de saúde no Brasil (STARFIELD, 2002; CASTRO; MACHADO, 2010). Sobre isso, Santos (2007a, p.16) afirma que:

a vivência de quase duas décadas nessa área dá aos autores a liberdade de não concordar com essa terminologia “básica”, pois embora na maioria dos locais este primeiro nível não tenha alcançado sua plenitude, em outros as experiências têm sido satisfatórias para dizer que essa área não só tem impacto, como não é nada “básica”, e tem complexidade suficiente para se posicionar como um nível com muita diversidade e necessidades específicas; que lida com uma gama enorme de subjetividade e diferenças culturais, e não deve ser considerada de baixa complexidade, simplesmente pelo corte tecnológico.

Logo, concorda-se com quando Tanaka (2011) quando este reforça que a atual proposta para a organização dos serviços de saúde em redes de atenção à saúde para dar conta da integralidade da atenção (BRASIL, 2010), tem possibilitado que a AB, seja reconhecida com uma área com características próprias, com funções bem definida e densidade tecnológica distinta, para dar conta da complexidade dos problemas de saúde, existentes nos territórios onde estão inseridas a população e as Unidades de Saúde da Família.

2.2 PROCESSO DE GERÊNCIA E PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE

As políticas públicas do SUS ligadas à concepção de reorientação e reorganização da Atenção Básica estão relacionadas às diferentes demandas e necessidades da população, do trabalho cotidiano dos serviços e dos profissionais de saúde. Sendo assim, para que as normas e diretrizes do SUS sejam efetivadas é importante a institucionalização das práticas gerenciais pelos profissionais que atuam no âmbito municipal, mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família (ERMEL; FRACOLLI, 2003; RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS, 2004; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2007).

O trabalho de gerenciamento na conjuntura do SUS tornou-se uma preocupação fundamental para a implantação do Sistema de Saúde, principalmente quando o processo de descentralização administrativa foi instituído, a partir do compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas do governo (ERMEL; FRACOLLI, 2003). Neste contexto, a municipalização da saúde atribuiu aos gerentes dos serviços locais novas responsabilidades com os usuários, com a equipe de trabalho e com a administração central. Assim, nas Unidades Básicas de Saúde essas responsabilidades são explicitadas principalmente pela implantação de novos programas, na identificação do perfil epidemiológico da população das áreas de abrangência, nas articulações do serviço com entidades comunitárias, com a rede hierarquizada de serviços de saúde e com os níveis centrais de decisão do município (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Sobre essas novas demandas trazidas pelo processo de descentralização da saúde, Fernandes, Machado e Anschau (2007, p.1542), relatam que “o conhecimento das tecnologias de gerenciamento em saúde para os municípios tornou-se essencial, visto que, historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde”. Este fato, atualmente

demonstra ser importante, tendo em vista que, as ações na Estratégia Saúde da Família são desenvolvidas de acordo com as especificidades de cada comunidade e serviços de saúde.

Diante deste contexto, concorda-se com a afirmação de que as ações gerenciais nos espaços de Atenção Primária a Saúde representam, uma “atividade complexa, já que têm de buscar soluções para velhos vícios e problemas e para o enfrentamento de questões que desapontam da modernidade” e parece indicar que a forma tradicional de administração, especificamente burocrática, pode estar superada e precisa de inovações, tendo em vista que neste nível está envolvido a “complexidade social que é local, temporal e ao mesmo tempo global [...]” (TEIXEIRA et al,1996, *apud* SANTOS, 2007a, p.29). Assim, em meio à discussão sobre ações gerenciais e as responsabilidades dos profissionais do serviço e da administração central, discute-se o conceito de gerenciamento a partir da visão de diferentes autores. Neste sentido, a palavra gerenciamento pode ser compreendida, como:

[...] um processo de trabalho específico e assim, decomposto em seus elementos constituintes como o objeto de trabalho (recursos humanos e organização do trabalho), tendo como finalidade recursos humanos qualificados e trabalho organizado para assim, obter as condições adequadas de assistência e de trabalho, buscando desenvolver a “atenção à saúde” (PERES; CIAMPONE, 2006, p. 494).

Neste sentido, Fernandes, Machado e Anschau (2007) acrescenta que o gerenciamento representa uma das estratégias para a consolidação do sistema de saúde, além de possibilitar transformação das práticas e melhoria nas relações interpessoais. Em destaque ao processo de trabalho e das organizações, Merhy (1997, p.34), apresenta uma análise na ótica da gestão, relatando que :

[...] este modo de agir do trabalho vivo em ato põe-nos diante da possibilidade de operar, de um lado com “instrumentos analisadores” que podem viabilizar a compreensão dos processos gerenciais e de trabalho, nas suas concomitâncias com os modos de “captura” do trabalho vivo em ato, que se expressam em definidos modelos de atenção e, de outro, ao mesmo tempo, como uma dobra daqueles instrumentos com “dispositivos analisadores” que permitem, como ferramentas/tecnologias de gestão, uma intervenção nos espaços gerenciais por viabilizarem um agir nos processos, seja de formulação de projetos, como campo de construção das intencionalidades dos sujeitos, seja de decisão sobre a direcionalidade de políticas, ou nos processos de operacionalização e institucionalização das mesmas políticas.

A partir dessas concepções teóricas compreende-se que cabe à gerência organizar os meios e os processos de trabalho para que a organização cumpra os seus fins e que o processo

de gerenciamento adquira um caráter articulador e integrativo, uma vez que a ação gerencial é determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas (MISHIMA et al., 1997 *apud* MELO; NASCIMENTO, 2003; PÊSSOA, 2011).

Nesta perspectiva entende-se que no processo de trabalho no âmbito da Unidade de Saúde da Família vem sendo incorporado diversos elementos e funções para dar conta da complexidade envolvida no processo de gerenciamento. Assim, ao profissional que assume as atividades gerenciais, a quem segundo Miranda (2007, p. 84), compete “diagnosticar, planejar, eleger prioridades, orientar; enfim, administrar todos os setores da unidade e todas as variáveis relacionadas à promoção da saúde”, também cabe utilizar instrumentos administrativos – planejamento, organização, direção e controle (CHIAVENATO, 2003; BENITO et al., 2005; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2007).

Para o exercício das práticas de gerenciamento bem como a utilização dos instrumentos administrativos é requerido dos sujeitos, competências gerenciais considerando como elementos principais, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, compreendidas em conjunto como as características identificadas nos profissionais que levam um desempenho superior. Sobre esses elementos, entende-se que o nível do saber ou dos conhecimentos, compreende as teorias, os conceitos, dados sobre o ambiente, o processo de produção e as organizações; o nível do saber-fazer ou das habilidades, se dá pela capacidade pessoal em utilizar situações, sabendo diagnosticar problemas, definir, difundir e implementar estratégias, organizar o trabalho e gerir o pessoal; e, por último, o nível do saber-ser ou das atitudes compreende a abertura de espírito, sentido ético, empatia e pragmatismo (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2007; DUSSALT, 1992 *apud* RAMIRES; LOURENÇÃO; SANTOS, 2004).

Além disso, as competências gerenciais influenciam os “gerentes” no estabelecimento de um perfil gerencial. Em relação a esta influência sobre o perfil gerencial, Alves (2007) destaca os elementos constituintes deste perfil: conhecimentos, habilidade e atitudes como a liderança, a motivação, a comunicação, a capacidade de lidar com conflitos, os conhecimentos técnico-científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde e principalmente a ética. Deste modo, as competências gerenciais e o perfil gerencial assumido pelos profissionais que assumem ações gerenciais refletem na capacidade de coordenar uma equipe de saúde e atender as perspectivas dos usuários (ALVES, 2007).

Ainda em relação ao uso das competências gerenciais – conhecimentos, atitudes e habilidades, vale destacar questões relacionadas à formação e indicação do profissional para

assumir as funções gerenciais (ALVES, 2007; SANTOS, 2007 b). Quanto à formação profissional, Santos (2007 b, p. 14) afirma que as ações em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser executadas

[...] por profissionais com formação e interesse na área, além de capacitação contínua, que faça com que estes estejam preparados, motivados, atualizados e sintonizados com a realidade e as necessidades locais, porém atentos a tudo o que o panorama nacional e internacional traz de novidade.

Neste ponto de vista, esse autor ainda faz uma reflexão acerca da relação entre a formação profissional e a capacidade de gerenciar, afirmando que é fundamental destacar que na área da saúde não há uma formação específica para a gestão, existindo na realidade experiências que tentaram capacitar melhor o gestor, como o Projeto Gerus¹. Sendo assim, compreende-se que para gerenciar um serviço de APS são necessários referenciais que vão além da especificidade de formação, indo para questões que envolvem possibilidades de gerir pessoas, interesses, atualidades, mudanças, conflitos, capacidade de reunir e utilizar recursos, disponibilidade, dedicação e outros aspectos que não são adquiridos de acordo com a categoria profissional daquele que assume as ações gerenciais e sim na formação e no preparo generalista, além de contar com a experiência de campo (SANTOS, 2007b).

Já em relação à incorporação do processo de gerenciamento à luz das funções administrativas, destaca-se neste processo o uso da função administrativa - planejamento - , tendo em vista que a mesma “costuma figurar como a primeira das funções administrativas, sendo considerada uma das mais importantes, uma vez que serve de base para o desenvolvimento das demais” (MATOS-SANTANA, 2001, p.18). Sobre esse aspecto Santos (2007a) ressalta que fazendo uso de alguns conhecimentos da administração geral, aplicada à APS, é nítida a importância do planejamento (que deve ser local e participativo) antecipado por adequado diagnóstico das condições de vida, da situação de saúde da comunidade e da implementação pareada com os interessados pelas ações de saúde (os próprios usuários). Assim, falar de planejamento do contexto do SUS, em especial relacionado à atuação nos serviços de Atenção Básica nos faz refletir sobre esta função, visto que há necessidade de introduzir uma nova roupagem na operacionalização do processo de gerenciamento e, portanto, em “contribuir para o aperfeiçoamento permanente da gestão e, para a qualidade de

¹O Projeto GERUS foi criado em 2003 pelo Ministério da Saúde, apresentou-se como intervenção no campo de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, voltado para a qualificação técnica e administrativa dos gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o intuito de aumentar a capacidade gerencial destes e conseguir mudanças nas práticas sanitárias e de atenção à saúde (SANTANA, 1997 *apud* RAMIRES, LOURENÇAO E SANTOS, 2004 p.206)

vida das pessoas, mediante a prestação de ações e serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados” (BRASIL, 2009, p.07).

Para Matus (1989), o planejamento é entendido como o cálculo que precede e preside a ação, ou seja, um processo social complexo, produto das relações de conflito e articulação entre as diferentes forças sociais em uma realidade historicamente dada (FEKETE, 2001). Deste modo, compreende-se que é imprescindível o planejamento e a implementação de ações voltadas para o alcance de objetivos e metas estabelecidas direcionado para a realidade local (ALVES; PENNA; BRITO, 2004).

Já para Chorny (1998) refere que “planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro”. Esse entendimento reflete a condição de que o planejamento deve ser empregado no processo de trabalho de gerência de modo a garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços prestados e consequentemente garantir uma gestão de qualidade (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Retomando a perspectiva matusiana sobre o planejamento, há que se caracterizar dois tipos de planejamento que podem ser usados e identificados pelo trabalho diário dos profissionais que assumem as atividades gerenciais. O primeiro refere-se ao planejamento normativo no qual um único ator social determina após o diagnóstico da situação de saúde quais seriam as ações necessárias para que certos objetivos definidos fossem alcançados, desconsiderando o conhecimento sobre as variáveis e fatores que explicam e determinam os comportamentos reais. Enquanto o planejamento estratégico é indicado como um modo a ser construído, ou seja, uma forma de planejar que refletirá a capacidade de diferentes atores sociais para a condução das ações (SANTANA; TAHARA, 2008b; TEIXEIRA, 2010; MATTOS, 2010). Portanto, o uso do planejamento pelo profissional que assume as atividades gerenciais em unidades de saúde, acaba revelando a sua influencia na determinação do perfil gerencial e no uso das competências gerencias, o que consequentemente repercute na forma como as necessidades vivenciadas pelas populações de diferentes territórios são percebidas e trabalhadas (FEKETE, 2001; SANTOS, 2007b).

Por fim, em meio às discussões sobre da importância do planejamento, para o processo de gerenciamento compreende-se que é imprescindível que os profissionais que assumem as atividades gerenciais estejam aptos para enfrentar o contexto de mudanças no setor saúde, minimizando as dificuldades a que estão expostos e lidando com a nova situação. E para realizar tal ação, espera-se que os mesmos utilizem de elementos como as competências gerenciais e de funções administrativas, como planejamento para operacionalizar o seu

processo de trabalho, tendo em vista que no contexto atual, resgatar ou construir a cultura de planejamento é, ao mesmo tempo, um avanço e um desafio para trabalhar as facilidades e dificuldades do processo de gerenciamento (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; SANTOS, 2007b; SANTANA; TAHARA, 2008a; BRASIL, 2009).

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo empregamos como método à pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa. A escolha desse método de estudo está relacionada ao fato de que a pesquisa de campo, de acordo com Marconi e Lakatos (2007, p.188), é utilizada com o objetivo de conseguir informações sobre o problema, para qual se procura uma resposta. Portanto, a utilizamos para responder a questão norteadora e atingir o objetivo de analisar o processo de gerenciamento e planejamento em Unidade de Saúde da Família.

Além disso, esta pesquisa de campo se caracteriza como um estudo descritivo, que segundo Gil (2002, p. 42), tem por finalidade a descrição das características de determinada população ou fenômeno, além do estabelecimento de relações entre variáveis. Neste caso, delineamos o perfil dos profissionais que assumem as atividades gerenciais e identificamos as atividades executadas no processo de gerenciamento e planejamento das ações em serviços básicos de saúde.

Por fim, na discussão proposta neste estudo corroboramos com os ideais de Minayo (2009, p. 21), quando esta se refere à abordagem qualitativa como um conjunto de fenômenos humanos que está presente na realidade social e que se ocupa, nas Ciências Sociais, “[...] com o nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, [*que*] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”. Desse modo, conhecemos os significados e as atitudes desenvolvidas no processo de gerenciamento e planejamento dos profissionais que assumiam a gerência das USF do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

3.2 CAMPO DE PESQUISA

O local de realização deste estudo foi o município de Santo Antônio de Jesus, localizado no recôncavo baiano e que possui uma população de 90.985 habitantes (IBGE,

2013). Este município dispõe de uma rede de atendimento à saúde composta por serviços da atenção básica e serviços de referência de média e alta complexidade.

A rede de assistência à saúde no nível primário é representada pelas Unidades de Saúde da Família, por Unidades satélites (postos de Saúde que servem de apoio às USF em áreas rurais atendendo populações mais distantes ou isoladas), pelas Unidades Básicas tradicionais, além das Equipes de Saúde Bucal, do Núcleo de Assistência à Saúde da Família e das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2012; BRASIL, 2013).

Quanto aos serviços de referência de média e alta complexidade destacam-se o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS II e ad), o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a Policlínica Municipal, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) e o Hospital Maternidade Luiz Argolo, além dos prestadores de serviços privados (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2012; BRASIL, 2013).

Com uma cobertura populacional de 74,13% de Estratégia Saúde da Família, a população santo-antoniense é assistida por 21 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2013). Essas unidades estão distribuídas de acordo com a **tabela 1** (abaixo).

Tabela 1 – Estabelecimentos de Assistência à Saúde da Atenção Básica, Santo Antônio de Jesus, 2013.

Serviço de saúde/Localidade	Unidades de Saúde da Família (USF)	Unidades Básicas de Saúde (UBS)
Zona urbana	15	02
Zona rural	04	-

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Dessa forma, existem atualmente na zona urbana deste município 17 unidades de saúde, sendo duas Unidades Básicas de Saúde e as demais Unidades de Saúde da Família, e na zona rural existem quatro Unidades de Saúde da Família. Sobre este aspecto ainda é importante destacar que na zona urbana de tal município, das 15 Unidades de Saúde da Família existentes, duas dessas possuem duas equipes cada, totalizando 17 equipes de saúde da família para atender a população (CNES, 2013).

Diante das características da rede de assistência à saúde da Atenção Básica do município em questão, utilizamos como campo para a coleta de dados desta pesquisa as

unidades que se ajustaram de acordo com os seguintes critérios de seleção: o tempo de implantação e funcionamento da USF superior a um ano; unidades da zona urbana com uma equipe de saúde da família cada.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos participantes deste estudo foram os profissionais que assumiam a gerência nas Unidades de Saúde da Família, ou seja, profissionais enfermeiros e cirurgiões-dentistas, em virtude da peculiaridade do rodízio trimestral destas categorias nas funções gerenciais, determinada pela gestão (2009-2012) da Secretaria Municipal de Saúde.

Considerando que o município onde tal estudo foi desenvolvido dispõe de 15 Unidades de Saúde da Família, sendo que duas destas constam mais de uma equipe, foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: experiência mínima de três meses assumindo atividades gerenciais; profissionais que atuavam como gerente na USF. O critério de exclusão foi empregado na seguinte situação: profissionais que estavam afastados da USF no momento da coleta de dados. Dessa forma, este estudo contou com a participação de 09 profissionais que atuavam como gerentes de Unidades de Saúde da Família.

A partir disso, traçamos o seguinte perfil destes profissionais. Dos 09 sujeitos entrevistados, 07 eram profissionais com formação em enfermagem e 02 com formação em odontologia. Esses profissionais foram nomeados como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9 de acordo com a sequência em que as entrevistas foram realizadas. Cabe destacar que E1, E2, E3, E5, E6, E7 e E9 eram enfermeiras (os) e E4 e E9 eram odontólogos. Dentre esses participantes, 06 eram do sexo feminino e 03 do sexo masculino, com faixa etária variando entre 23 e 51 anos.

No que se refere ao tempo de formação, a maioria dos entrevistados possuíam 02 ou mais anos de formação acadêmica, com extremos entre 01 ano e meio e 25 anos. Quanto ao tempo de atuação na ESF, observamos que este era próximo ao tempo de formação acadêmica da maioria dos entrevistados, variando entre 06 meses e 08 anos. Quanto à experiência profissional em gerenciamento, todos os participantes referiram ter experiência na função, sendo que este tempo de experiência em sua maioria era correspondente ao tempo de atuação na ESF. Ao analisarmos o tempo de vinculação dos profissionais com as Unidades de Saúde em que trabalhavam no que tange ao desenvolvimento das atividades gerenciais, observamos

que a maioria dos entrevistados possuíam aproximadamente ou mesmo o tempo de atuação na ESF. Por fim, quanto ao investimento dos profissionais na área de estudo sobre gerenciamento, observamos que a maioria nunca realizou cursos sobre a função, sendo que apenas dois entrevistados relataram a realização de cursos, através de curso de especialização.

3. 4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

No trabalho de campo empregamos como técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada com os profissionais que assumiam a gerência das unidades de saúde. Essa técnica foi utilizada, pois ela representa uma forma de interação social e por seu intermédio, foram coletados os dados necessários à investigação (GIL, 2002).

Outro fato que justificou a escolha desse método, foi o ideal de Selltiz et al. (1967, p.273 *apud* GIL, 2002, p.113), quando estes descrevem a entrevista semi-estruturada como adequado para obtenção de informações, pois possibilita identificar o que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, a respeito de um determinado assunto. Assim, por ser do tipo semi-estruturada, a forma de coleta de informações empregada também permitiu a participação consciente e atuante das pesquisadoras através da complementação da entrevista com questões que surgiram momentaneamente (TRIVIÑOS, 1987).

A coleta de dados, realizada pelas pesquisadoras, deste estudo foi iniciada após a aprovação desta pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (ANEXO A), da autorização da Coordenação do Departamento da Atenção Básica da cidade de Santo Antônio de Jesus (ANEXO B) e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo entrevistado (APÊNDICE B). Assim, através de uma conversa a dois, realizamos as entrevistas, orientadas pelo instrumento de coleta de dados elaborado e obedecendo ao objetivo de “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2009, p. 64).

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o roteiro de entrevista (APÊNDICE A), desenvolvido de acordo com as particularidades dos objetivos específicos deste estudo: perfil do profissional que assume a gerência; processo gerencial e planejamento das atividades; facilidades e dificuldades do processo gerencial. Por conseguinte, o material adquirido nas entrevistas, através da gravação das mesmas, foi armazenado em uma mídia de CD e transcrito para posterior análise dos dados obtidos. É importante destacar que os arquivos

contendo as informações obtidas nessa pesquisa serão mantidos por um período de cinco anos após o encerramento do estudo.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise tem como objetivo organizar e sintetizar os dados para que os mesmos possam fornecer respostas ao problema da pesquisa (GIL, 2002). Assim, neste estudo foi utilizada como técnica de análise de dados, a análise de conteúdo.

Esta técnica é descrita por Bardin (1979 *apud* GOMES, 2009 p.83), como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

Desse modo, após a coleta de dados com uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, obtivemos conhecimentos e analisamos as informações a cerca do processo de gerenciamento e planejamento no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Quanto aos procedimentos metodológicos da análise deste estudo empregamos, o processo citado por Minayo (2009) e Gil (2002), a partir da concepção de Bardin (1979), o qual compreendeu as seguintes fases: a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos dados, inferência e interpretação

Na pré-análise realizamos a organização do material. Assim, após a transcrição das entrevistas, realizamos leituras exaustivas do conteúdo selecionado, buscando obter uma visão do conjunto, apreender as especificidades do material, formular pressupostos, selecionar formas de classificação inicial, além de determinar os conceitos teóricos que orientariam a análise.

A segunda fase, o momento de exploração do material, que se referiu à análise propriamente dita do material, envolveu a identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas do texto, a busca de sentidos mais amplos atribuídos às ideias, o diálogo entre as ideias problematizadas, as informações provenientes de outros estudos a cerca do assunto e o referencial teórico do estudo (MINAYO, 2009).

Desse modo, com a exploração do material definimos as categorias para o desenvolvimento da análise deste estudo. Essa categorização ocorreu mediante a elaboração de um quadro contendo trechos das entrevistas que contemplavam os objetivos deste estudo. Assim, esse processo corroborou com os ideais de Minayo (2004, p.93) quando esta autora descreve categoria analítica como aquela que “[...] retém historicamente as relações fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais [pois] elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação”. Essa categorização foi fundamental para o estudo, tendo em vista que buscávamos identificar as ideias que eram compatíveis e incompatíveis nas entrevistas, e assim elaborar categorias empíricas² a partir do trabalho de campo.

Como resultado desse processo de categorização, identificamos e definimos 03 (três) categorias, sendo que nas categorias 01 e 03 identificamos 03 (três) subcategorias cada. O quadro 1 abaixo demonstra as categorias e suas respectivas subcategorias, para análise.

Quadro 1 - Descrição das categorias e subcategorias do estudo. Santo Antônio de Jesus, 2012.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	<ul style="list-style-type: none"> - Perfil e experiência dos profissionais que assumem a gerência. - Atividades gerenciais desenvolvidas em USF. - Dinâmicas de gerência: Gerência enquanto processo contínuo e permanente; Gerência compartilhada e rodízio na gerência.
CONCEPÇÕES, ESTRATÉGIAS E USO DO PLANEJAMENTO PARA O GERENCIAMENTO.	
DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O GERENCIAMENTO NA USF.	<ul style="list-style-type: none"> - As dificuldades para a gestão de pessoas e a sobrecarga de trabalho na USF. - Articulação em rede como desafio para o gerenciamento na USF. - Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe como facilitadores do processo de gerenciamento.

Fonte: Entrevista semi-estruturada.

² “[...] construída a partir dos elementos dados pelo grupo social, tem todas as condições de ser colocada no quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade, e de, ao mesmo tempo, expressá-la em sua especificidade” (MINAYO, 2004, p. 93).

Por fim, na terceira fase empregamos o tratamento dos dados, inferência³ e interpretação. A mesma foi destinada conforme descreve Gil (2002) e Minayo (2009) à elaboração de uma síntese interpretativa, na qual as informações obtidas foram confrontadas com as informações já existentes, para posterior elaboração de uma redação que dialogue com os objetivos e questões da pesquisa, dando origem ao capítulo sobre a análise dos achados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido de acordo com as disposições da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos. Para tal fim, consideramos os aspectos descritos no artigo III sobre “Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos”. Assim, buscamos atender às exigências éticas e científicas fundamentais, conforme descrito na Resolução em questão:

A eticidade da pesquisa implica em: a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência); d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (RESOLUÇÃO Nº 196/96, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012, p.04).

Este estudo foi submetido à apreciação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), sendo aprovado por meio do Parecer nº 156.008 (ANEXO A). Após a aprovação, foi enviado um ofício à Coordenação de

³Richardson e colaboradores (1985) citados por Gomes (2009) definem a inferência como a “operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (p.177). Assim, para que possamos fazer inferência, é importante partirmos de premissas já aceitas a partir de outros estudos acerca do assunto que estamos analisando (GOMES, 2009 p.89).

Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (APÊNDICE C), sendo obtidas através do mesmo as Cartas de apresentação (ANEXO B), entregue aos profissionais que assumiam as atividades gerenciais, solicitando a participação na pesquisa.

Ainda considerado o artigo IV da Resolução nº 196/96, sobre as especificações relativas ao Protocolo de Pesquisa, apresentamos no ato do processo de coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias ao entrevistado, informando-o aspectos referentes aos riscos e benefícios da pesquisa, a justificativa, os objetivos e os procedimentos que seriam utilizados, além de reforçar a ausência de incentivo financeiro ou de gastos na participação do estudo, garantido sigilo das informações fornecidas e a possibilidade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Assim, aos entrevistados que aceitaram participar do estudo, foi entregue uma cópia do TCLE (APÊNDICE B), e a outra via ficou retida com as pesquisadoras para ser arquivada juntamente com as gravações e transcrições das entrevistas, no gabinete 25 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Avenida Carlos Amaral, nº. 1015, Cajueiro, Santo Antônio de Jesus-Bahia, CEP: 44570-000) por um período de cinco anos, sendo que as mesmas serão destruídas após este período.

Os riscos desta pesquisa estavam relacionados a possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização do estudo. Por esse motivo, foram garantidas as definições da Resolução 196/96, relacionada à manutenção da integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural do participante e respeitada a autonomia do sujeito.

4 ANÁLISE DOS ACHADOS

A análise dos achados deste estudo será aqui apresentada de acordo com a categorização proposta no quadro 1. Assim, contemplaremos aspectos relacionados ao processo de gerenciamento, ao planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família e por fim, as dificuldades, desafios e potencialidades do gerenciamento na Estratégia Saúde da Família.

4.1 PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sobre o entendimento e o modo de execução das responsabilidades pelos profissionais que assumiam as funções gerenciais, foi possível identificar a partir da análise do processo de gerenciamento três subcategorias, as quais refletem sobre o: Perfil e experiência dos profissionais que assumiam a gerência; Atividades gerenciais desenvolvidas em USF; e as Dinâmicas de gerência: Gerência enquanto processo contínuo e permanente; Gerência compartilhada e rodízio na gerência.

Na primeira subcategoria, apresentaremos, a seguir, a influência da formação e das experiências profissionais no processo de gerenciamento, além de destacar aspectos sobre o perfil gerencial e o uso das competências gerenciais no dia-a-dia das Unidades de Saúde.

Na segunda subcategoria - Atividades gerenciais desenvolvidas em USF - identificaremos o que os profissionais que assumiam as atividades gerenciais, listavam como diferentes ações a serem realizadas no seu processo de trabalho.

Quanto à terceira subcategoria referente às dinâmicas de gerência - Gerência enquanto processo contínuo e permanente; Gerência compartilhada e rodízio na gerência – analisaremos o entendimento dos profissionais sobre a temática e as alternativas utilizadas por estes profissionais para “fazer” gerência.

4.1.1 Perfil e experiência dos profissionais que assumem a gerência

Ao analisarmos as características do perfil dos profissionais que assumiam as atividades gerenciais identificamos que a formação profissional sem direcionamento para o ensino de administração de serviços de saúde e a pouca ou nenhuma experiência no gerenciamento de Unidades de Saúde foram os fatores que influenciavam negativamente na condução das ações gerenciais nesses serviços.

Quanto à formação e experiência profissional identificamos que a maioria dos profissionais que estavam assumindo as funções gerenciais tinha formação superior em enfermagem e referiam ter experiência na função. Assim, mesmo com a recomendação da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (2009-2012) para a realização do rodízio trimestral entre profissionais com formação superior em enfermagem e profissionais cirurgiões-dentistas, as atribuições gerenciais eram direcionadas para o profissional enfermeiro (a). As falas a seguir trazem alguns pontos que elucidam essa situação:

A gente sabe que tem algumas áreas dentro da Unidade que é específico do enfermeiro, então mesmo o cirurgião dentista tendo a participação, o conhecimento profundo fica restrito ao enfermeiro, [...] quando a gente entra numa unidade a gente não recebe o curso de gerenciamento, então a gente tem que buscar com quem tem experiência como é fazer esse gerenciamento, como é estar supervisionando o horário de um funcionário [...], como é fazer a transcrição desta produção para ser entregue na Secretaria de Saúde, então a minha experiência nessa parte de gerenciamento ela fica mais voltada nas questões não muito invasiva da área de enfermagem (E4)

[...] o enfermeiro é responsável pela Unidade, a própria história fez com que a gente fizesse isso. [...] têm disciplina de gerenciamento na Universidade, que acaba direcionando para o gerenciamento. (E2)

Em um sentido geral, o trecho das entrevistas de E2 e E4 são respaldos pela afirmação de Silva e Martins (2009) ao descreverem que o monitoramento das condições de vida e saúde dos indivíduos e coletividades tem sido uma responsabilidade quase exclusiva da enfermeira e de agentes comunitários de saúde (ACSs). Enquanto os médicos permanecem restritos à lógica ambulatorial, ACSs e enfermeiras se responsabilizam pelo registro diário e pela consolidação mensal de mapas que geram indicadores para acompanhamento do território. Além disso, as demais categorias profissionais, em função de sua não tradição e consequente papel ainda difuso na Estratégia Saúde da Família (ESF), permanecem com dificuldades para

formular indicadores específicos de suas profissões e, ainda mais, para acompanhar, de forma sistemática, os indicadores gerais do território.

Segundo a entrevista, E4 afirma que a atribuição das funções gerenciais ao profissional enfermeiro (a) pode estar relacionada à existência de atividades que são específicas desta categoria profissional. Porém, essa justificativa é equivocada, tendo em vista, que o documento ministerial que dispõe sobre a Política Nacional da Atenção Básica (2011a), não especifica ou indica um profissional para assumir as atividades gerenciais, este documento define as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de saúde da família e as atividades específicas de cada profissional que compõem a equipe. Sendo assim, ao analisarmos este documento, verificamos que nas atribuições comuns e específicas para os enfermeiros e cirurgiões-dentistas, são listadas atividades que contemplam o processo de gerenciamento.

Além disso, ao analisarmos neste mesmo documento ministerial, as atribuições específicas dos outros profissionais que compõem as equipes multiprofissionais das Unidades de Saúde da Família – médicos, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, Agentes Comunitários da Saúde – identificamos que a estes também cabem a realização de atividades que estão inseridas no processo de gerenciamento. Portanto, podemos inferir que o processo de gerenciamento deve ser realizado através da parceria dos diferentes indivíduos que atuam neste espaço micropolítico.

No trecho da entrevista de E2 observamos a tomada da função gerencial pelo enfermeiro justificada pela sua formação profissional. Desse modo, ao associarmos as ideias de E4 e E2 para determinação de um profissional que assuma as funções gerenciais somos levados a pensar nos aspectos relacionados ao panorama do ensino de administração com enfoque nos serviços da Atenção Primária à Saúde nos cursos de Enfermagem e Odontologia e nas definições das Leis do Exercício Profissional desses trabalhadores.

De acordo com Traldi (2007) o ensino de administração nos cursos de enfermagem está em evidência devido à importância que o planejamento e a atividade de gerência e de gestão adquiriram no setor de saúde nos últimos anos. Dessa forma, segundo esse mesmo autor, o enfermeiro tem um diferencial em relação às demais profissões de saúde, já que o conteúdo de administração na sua formação é de aproximadamente 25 % do curso. Esse fato é condicionado pelas determinações das Diretrizes Curriculares Nacionais em Enfermagem na qual a função gerencial no trabalho do enfermeiro é definida como uma ferramenta indispensável que o auxilia no seu cotidiano e nas expectativas do mercado de trabalho,

principalmente dentro da perspectiva de consolidação do SUS (WEIRICH et al., 2009; SILVA; MARTINS, 2009).

Entretanto, por outro lado, mesmo reconhecendo a forte presença dos profissionais com formação de enfermagem na condução das ações gerenciais, Traldi (2007) afirma que um número expressivo de escolas de enfermagem continua colocando anualmente no mercado, profissionais com baixa capacidade de intervenção na realidade social e de tomada de decisão, despreparados para assistir ao indivíduo e a coletividade, fato este que repercute diretamente no surgimento de dificuldades no processo de gerenciamento.

Trazendo essa análise para o ensino de odontologia nota-se um quadro em que apesar do setor público constituir ampla área de atuação para o cirurgião-dentista, as instituições de Ensino Superior ainda encontram dificuldades em formar profissionais generalistas capazes de atender aos problemas de saúde bucal da comunidade, com orientação preventiva e social, e perfeitamente integrados às atividades das demais profissões da área da saúde (FREITAS; CALVO; LACERDA, 2012; SALIBA et al., 2012).

Dessa forma, diante das necessidades apresentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia, Saliba e colaboradores, (2012) discutem sobre a necessidade do aprimoramento da Educação Superior em Odontologia para que ocorra a realização de mudanças na grade curricular, a inserção de conteúdos sobre administração, o ajuste de alguns conteúdos teóricos e práticos e a consonância da formação à realidade do mercado do trabalho.

No que se refere às determinações das Leis do Exercício Profissional para enfermagem e odontologia, Leis nº 7.498/86 e 5.081/66 respectivamente, observa-se que a regulamentação dessas profissões também interfere na tomada de responsabilidade sobre as funções gerenciais, na medida em que na Lei do Exercício de Enfermagem as atividades descritas como privativas do enfermeiro aproximam estes profissionais de atividades geralmente atribuídas à função gerencial como planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. Entretanto, no que tange ao exercício da odontologia nota-se que as atividades descritas como privativas desses profissionais, os afastam das funções gerenciais, e condiciona o seu trabalho a execução de ações de cunho assistencial.

Partindo das perspectivas apresentadas sobre o profissional que tem assumido as atividades gerenciais nos serviços da Atenção Básica, corroboramos com Camelo e Angeremi (2008) quando discutem que para o trabalho de Saúde da Família é necessário um profissional que deve contemplar a possibilidade de dirigir a atenção ao indivíduo como um todo,

abrangendo também o espaço físico, social e afetivo das famílias assistidas, não devendo se centrar apenas na sua formação clínica específica. Assim, a formação de recursos humanos na área da saúde, especificamente aquela para atuar na Estratégia Saúde da Família, deve acontecer em consonância com as diretrizes de uma política nacional de saúde, dentro de um modelo que integre técnica, competência, integridade e resolutividade.

Uma vez definido o profissional que assume as atividades gerenciais surgem outras necessidades para o exercício da prática de gerenciamento. Nesse sentido, com o prosseguir da análise das entrevistas podemos identificar elementos do perfil gerencial, ou seja, competências gerenciais que são fundamentais para a atuação nos serviços de saúde. Vejamos a fala abaixo:

Bom, para você ser gerente você não pode ser totalmente autoritário né... Mas às vezes tem que usar um pouquinho de autoridade de gerente. Tem que ser participativo, o gerente não pode ser um gerente que tem uma visão engessada, a gente tem sempre que trabalhar com a equipe e para a população. (E2)

As competências gerenciais de acordo com Benito e Becker (2007, p.312) são o “fundamento para a gestão de organizações, desenvolvidas através da assimilação de conhecimentos e integração de habilidades e atitudes no trabalho prático, possibilitando a tomada de decisões”. Elas influenciam no estabelecimento de um perfil gerencial, o qual é constituído pelos seguintes elementos: liderança, motivação, comunicação, capacidade de lidar com conflitos, conhecimento técnico e científico para avaliação e identificação das necessidades de saúde da população (ALVES, 2007).

Nesse sentido, no trecho da entrevista de E2 pode-se perceber a presença desses elementos. Dessa forma, quando o entrevistado revela as características para ser um gerente “*não pode ser totalmente autoritário*”, “*ser participativo*”, “*não pode ser um gerente que tem uma visão engessada*”, “*trabalhar com a equipe e para a população*”, podemos entender que o mesmo desenvolve a sua função gerencial com vista a atender às necessidades de saúde da comunidade, buscando agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades da área de atuação (MANENTI et al., 2012).

Ainda sobre as competências gerenciais, dá-se destaque na fala de E2 ao tipo de liderança desenvolvida pelos profissionais que assumem as atividades gerenciais. A liderança pode ser entendida como “o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou partilhado pelo líder e seus seguidores” (PERES;

CIAMPONE, 2006, p.495). Dessa forma, E2 nos apresenta diferentes tipos de liderança, contemplando o que afirma Alves (2007) sobre a existência da liderança autoritária em que o gerente detém todas as responsabilidades e decisões, da liderança liberal na qual o gerente delega aos seguidores a tomada de decisão e por fim da liderança democrática, na qual o gerente permite a contribuição de todos na tomada de decisão. Assim, diante do exposto podemos perceber que este profissional defende tanto o uso da liderança autoritária, quanto da liderança democrática para conduzir as ações nas Unidades de Saúde da Família.

Logo, diante do cenário apresentado, no qual se discute a formação e a experiência de profissionais que assumem as atividades gerenciais, concordamos com Camelo e Angeremi (2008) quando estes trazem sobre a necessidade de investimento na área do trabalho gerencial, na busca de alternativas que melhor atendam à situação dos profissionais já inseridos no sistema, minimização dos efeitos da formação inadequada e busca de meios para garantir que suas práticas correspondam aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do sistema, em especial no âmbito das Unidades de Saúde da Família.

4.1.2 As atividades de gerência executadas nas unidades de saúde da família

A partir dos trechos das entrevistas que se referem ao processo de trabalho em gerência, podemos identificar as ações que são comuns no trabalho cotidiano dos profissionais que assumiam as atividades gerenciais, e como estes reconhecem a sua responsabilidade para a organização e o funcionamento de uma unidade de saúde.

As principais atividades gerenciais citadas nos trechos das entrevistas relacionaram-se à coordenação de reuniões, ao trabalho com impressos e documentos de registro da produtividade dos profissionais da unidade de saúde, a responsabilidade sob os recursos materiais e pessoas (trabalhadores) das Unidades de Saúde da Família, a atuação no território de abrangência da USF, ao contato extra muro com a população adscrita, ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde e em serviço e à comunicação com diferentes setores que compõem a rede de atenção a saúde. Essas ações estão presentes na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual direciona as ações gerenciais, na dimensão micropolítica.

Para iniciar as discussões apresentamos que durante a análise das entrevistas, foi identificado que os profissionais que assumiam as atividades gerenciais ao serem questionados acerca do processo de gerenciamento, apresentavam explicações as quais

associavam atividades gerenciais à função administrativa – planejamento. Os trechos das entrevistas a seguir esclarecem essa questão:

Estas atividades vão desde a organização de agendas, as demandas pra cada profissional de saúde, questão de horário, por meio de reuniões [...](E3)

[...] o gerenciamento aqui nesta Unidade a gente cria os cronogramas logo no começo do ano, [...]cronograma de datas que a gente vai trabalhar as datas comemorativas, pra ver o que a gente já vai fazer. A gente faz reunião todo mês[...](E5)

Diante da aproximação com essa forma de entender o processo de gerenciamento associado à função administrativa - planejamento-, como apresenta Chiavenato (2003), trazemos alguns achados na literatura que revelam o uso desta função no trabalho gerencial. Junqueira (1990) apresenta a prática administrativa do planejamento, e outras funções - direção, coordenação e controle - como elementos de apoio da gerência, em qualquer organização, elucidando que o ato de planejar e controlar pessoas e recursos na execução de tarefas contribui para que a organização atinja seus objetivos.

Rivera e Artmann (1999), por sua vez, situam o planejamento – como momento de desenho – no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas, declarando o planejamento, como ferramenta organizacional, que faz parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações, que valoriza a condução da ação.

Por conseguinte, Merhy (1995), condensa essa discussão revelando que falar de planejamento possibilita discutir as múltiplas facetas que o mesmo pode adquirir. Para tal fim, este autor, destaca que o planejamento, pode ser concebido em três situações básicas: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, visto que ele opera na construção de procedimentos eficazes para garantir a qualidade nos processos de trabalho; como prática social transformadora, uma vez que pode determinar novas relações sociais alternativas à lógica reguladora de mercado, assim como fez Carlos Matus ao trazer uma interpretação específica sobre a produção social e sobre os sujeitos sociais em ação, criticando a forma normativa de planejar e como método de ação governamental para intervir gerando políticas específicas, públicas ou não.

Assim, diante das possibilidades apresentadas entendemos neste trabalho, o planejamento como o instrumento estratégico utilizado para intervir sobre as necessidades específicas de cada território, a exemplo nos serviços da Atenção Básica, buscando vislumbrar o futuro desejado e consequentemente, abrir os caminhos para efetivar a ideia do

gerenciamento como um processo de caráter articulador e integrativo, que é determinado e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para a efetivação das políticas (MISHIMA et al, 1997 *apud* MELO; NASCIMENTO, 2003).

Retomando a discussão acerca das principais atividades gerenciais, trazemos no trecho da entrevista abaixo, a exemplificação da tomada de responsabilidade dos profissionais que assumem as atividades gerenciais:

[...]a gente está ligado a tudo, desde os recursos humanos a insumos, e as atividades do posto[...]. Responsável por todas as funções. (E2)

A partir da análise do trecho da entrevista de E2, reconhecemos o processo de trabalho em gerência com uma ação que envolve um “duplo movimento, de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar ‘bens’ do trabalho em saúde” (FRACOLLI; EGRY, 2001, p.15).

Por isso, sendo as atividades gerenciais na Atenção Básica direcionadas pelas determinações do Ministério da Saúde (2011a) concordamos com Fracolli e Egry (2001, p. 14) quando estas afirmam que trabalhar a gerência nos serviços de Atenção Básica, além de ter como base as dimensões macroestruturais do trabalho em gerência, requer a “aquisição de capacidade teórica e operacional de ação sobre os aspectos micropolíticos desse processo de trabalho”.

Sobre este aspecto, Merhy (1997) explica que nas unidades de saúde, existirão processos que compõem a micropolítica do trabalho vivo na saúde, os quais tem ação sobre as dobras⁴ da gestão dos estabelecimentos de saúde. Desse modo, entende-se segundo a concepção deste mesmo autor, que na realidade do processo de trabalho em saúde, as Unidades de Saúde da Família representam “o lugar onde se governa os processos institucionais, ao ser o espaço da formulação e decisão de políticas”, e “o lugar que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, no interior dos serviços, ao governar processos de trabalho” (MERHY, 1997 p. 17).

⁴O trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves como em uma dobra: de um lado, como um certo modo de governar, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção. (MERHY, 1997, p. 41-42)

Nesse contexto, trazemos que a dimensão micropolítica de acordo com Simões (1995, p. 30), geralmente refere-se “ao poder, a influência e controle de pessoas e grupos em um contexto social” para a tomada de decisão dentro de uma organização.

Cecílio (2009) complementa a definição de Simões (1995) descrevendo que o âmbito da micropolítica é formado por uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada "realidade organizacional" – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Este autor ainda afirma que na micropolítica, se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde.

Partindo desta perspectiva, Merhy (1997), toma o espaço dos serviços de saúde, como um espaço micropolítico e nos revela um conjunto de “situações interrogadoras” sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, que os trabalhadores de saúde e os gestores devem estar atentos para melhor organizar a forma como se opera nos espaços da gestão.

Essas situações interrogadoras permeiam o trabalho cotidiano dos profissionais que assumem a gerência de Unidades de Saúde e são delineadas a partir de três pontos: descobrir “o como” se trabalha; revelar “o que” este modo de trabalhar está produzindo; permitir a interrogação sobre o “para que” se está trabalhando. Tendo em vista esses questionamentos, entendemos que o processo de gerenciamento funciona como um instrumento do processo de trabalho em saúde, capaz de influenciar no direcionamento do modelo assistencial centrado no indivíduo como um todo, capaz de protagonizar mudanças na defesa da vida do usuário (MERHY, 1997; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Outras questões relacionadas ao processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família que emergiram a partir da análise dos trechos das entrevistas referem-se ao entendimento das atividades gerenciais como um processo burocrático, que sofre influência não só das questões sobre a gestão de serviços de saúde, mas também de questões sociais, econômicas, culturais e políticas e com forte dependência do processo de comunicação e articulação com outros setores.

Assim, nos trechos a seguir nos é apresentado estes entendimentos, vejamos:

Os atendimentos prestados também são registrados em prontuário, livros e impressos específicos, esses impressos são encaminhados a Secretaria de Saúde. [...] eu preciso ir na área [...], faço a resolução dos problemas lá e quando eu não consigo é encaminhado aos órgãos específicos. [...] (E1)

A gente sabe que têm que estar mandando novas CI's, as CI's são comunicações internas, as famosas [...] (E9)

Nota-se no depoimento de E1 o gerenciamento de informações⁵ referente à situação de saúde da população adscrita na área da USF. As questões de vigilância à saúde, voltadas às características epidemiológicas da população e que serve de fonte para “alimentar” o Sistema de Informação em Saúde (SIS), se expressam como um conjunto de práticas que se usadas adequadamente pelos profissionais que assumem a gerência, fornecem subsídios para:

à detecção, o acompanhamento, o estudo, o monitoramento e à intervenção, dirigidas a agravos específicos, bem como aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de prevenir e elevar a qualidade de vida e saúde da comunidade (PAZ; LAWAND; MALAGUTTI, 2007, p.272) .

O entendimento de E1 nos faz refletir sobre a forte associação do processo de gerenciamento a uma prática voltada principalmente para atividades que trabalham com a coleta de dados e preenchimento de impressos, ou seja, como uma atividade meramente burocrática, deixando, no entanto de vislumbrar o gerenciamento como uma abordagem capaz de utilizar as informações em saúde para identificar problemas locais relevantes a serem enfrentados a partir da tomada de decisão, estabelecimento de metas, prioridades e estratégias de ação, orientadas para tal realidade.

Ximenes Neto e Coelho Sampaio (2012) apontam a falta de tempo e de habilidade para a interpretação das informações geradas a partir dos dados coletados como um dos principais motivos para a não utilização das informações em saúde na tomada de decisão. Outros autores complementam a discussão confirmando a importância do uso das informações em saúde no trabalho gerencial, tendo em vista que estas possibilitam o conhecimento da realidade de saúde da população adscrita e fornecem apoio para a tomada de decisão (MISHIMA et al., 1996; PETERLINI, 2004; PAZ; LAWAND; MALAGUTTI, 2007).

Mendes (1993) e Buss e Pellegrini Filho (2007) tomam o território pelo qual a equipe de uma Unidade de Saúde da Família é responsável como o espaço que necessita da atenção dos profissionais que assumem a gerência, visto que nele serão desencadeados processos

⁵A informação é o conjunto de dados úteis às organizações e aos seres humanos, no sentido de dar subsídios para uma tomada de decisão eficaz (LIRA et al, 2008, p. 170).

socioculturais, políticos, epidemiológicos e econômicos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença⁶.

Partindo desta perspectiva, o depoimento de E1, também nos traz informações sobre o conhecimento da área (território) para identificação dos problemas e das intervenções necessárias, que por muitas vezes exige o encaminhamento e articulação com outros serviços. Nesse sentido, é importante ressaltar que o termo “problema” é analisado a luz da concepção de Mendes e colaboradores (1993, p. 168), como: “[...] a identificação de uma diferença entre “o que é” e o que “deveria ser”, de acordo com os padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social”. E são estes problemas que por vezes, geram os entraves para a apropriação do território e dificultam o reconhecimento do mesmo como instrumento de gestão (CHIESA; KON, 2007).

Chiesa e Kon (2007) elucidam essa questão reforçando que no território se dá o encontro do usuário com a unidade de saúde da família, definindo-se neste momento a possibilidade de acesso ao sistema. Esses autores alertam que, devem ser considerados os elementos geográficos, socioeconômicos, organizacionais e culturais, influenciadores do processo saúde-doença no território e destacam que os profissionais que assumem as atividades gerenciais, tendo consciência desta realidade complexa e multifacetada, devem trabalhar a partir de formas mais dinâmicas e ricas de percepção da realidade.

Ao associarmos a declaração de E1 com o depoimento de E9, surgiu a discussão sobre a limitação dos profissionais para interferir sobre algumas demandas da comunidade, em virtude da necessidade de articulação com outros serviços de saúde para a tomada de decisão. Neste quesito, Ximenes Neto e Coelho Sampaio (2012), fazem uma reflexão acerca das interfaces que estão atreladas aos dilemas administrativos da ESF.

No campo político, há a influência política eleitoral local, e da formalização da política de saúde por meio de normas operacionais, pactos e portarias, adicionando assim, o risco de limitar a criatividade e intervir nas culturas e nas características regionais. No que tange a questão econômica, nas unidades de saúde nos deparamos com a limitação da autonomia do gerente para prover financeiramente as necessidades administrativas do território, uma vez que ele não é o ordenador das despesas. E na questão cultural, a influência da história inscrita no território, no processo de inovação gerencial de uma equipe da ESF,

⁶[...] o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade (VIANA, 2012, p. 82).

pode conflitar com a cultura administrativa, interferindo inclusive no processo de trabalho (XIMENES NETO; COELHO SAMPAIO, 2012).

Assim, diante das discussões que destacamos a partir das entrevistas sobre a diversidade e a complexidade existente no espaço micropolítico dos serviços de saúde, estamos em consonância com o pensamento de que a gerência dos serviços da Atenção Básica não é uma tarefa fácil e que o trabalho dos profissionais que assumem tão função deve seguir na direção das necessidades em saúde específicas de cada comunidade, utilizando para tal caminho outras habilidades para gerir pessoas, materiais, interesses, conflitos, mudança, comunicação com outros setores, uso das informações em saúde e outros.

4.1.3 Dinâmicas de gerência: Gerência enquanto processo contínuo e permanente; Gerência compartilhada e rodízio na gerência.

A respeito da forma como a gerência pode ser desenvolvida no âmbito das Unidades de Saúde da Família, podemos observar ao longo da análise das entrevistas que o processo de gerir nestes espaços é determinado por diferentes dinâmicas. Nesse sentido, identificamos que o gerenciamento é reconhecido, pelos profissionais que assumiam tal função, como um processo contínuo e permanente, que pode ser executado através da prática compartilhada ou na forma de rodízio entre profissionais com ensino superior, a saber, pelo profissional com formação em Enfermagem ou profissional com formação em Odontologia.

A gerência enquanto um processo contínuo e permanente pode ser percebida, nos trechos das entrevistas abaixo:

Então o gerenciamento se dá diariamente. (E6)

Todos os dias a gente está fazendo o gerenciamento da Unidade de Saúde pelo fato de só ter um gerente, e todos os dias sempre tem alguma demanda relacionada ao gerenciamento. (E7)

E o gerenciamento, a gente gerência a todo tempo, aqui na Unidade de Saúde, toda hora aparece um problema a gente tem que estar interligando os setores, procurando saber com os superiores, até resolver. (E5)

Diante disso, podemos observar que E6, E7 e E5 vivenciam o gerenciamento como algo intrínseco, ou seja, como uma atividade essencial e inserida necessariamente no processo

de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, uma vez, que nestes espaços trabalha-se com uma população que apresenta características, demandas e problemas peculiares, e também complexos, o que aponta para a necessidade de articulação para o trabalho intersetorial.

Esse fato reforça a discussão de Miranda (2007), sobre o processo de trabalho de gerência. Para tanto, a autora utiliza uma analogia entre a gerência de uma instituição e o sistema nervoso central (SNC). Desse modo, tal como o SNC, “o gerente de uma unidade é o que recebe todos os estímulos externos da comunidade atendida e os estímulos internos dos colaboradores” (MIRANDA, 2007, p. 84). E é utilizando-se desses estímulos, que este profissional faz a interpretação da realidade, elaborando os caminhos que facilitam a sua atuação.

Ademais, essa forma de compreender a gerência como um processo contínuo e permanente também nos faz refletir sobre como o processo de gerenciamento pode ser interpretado como uma forma de aprendizado. Diante do exposto, percebemos a necessidade de inter-relacionar às questões ligadas a saúde e as diferentes vertentes de educação neste âmbito, a exemplo, a educação permanente⁷ e a educação continuada⁸.

Portanto, assim como na educação permanente e na continuada, o aprendizado obtido com a gerência realizada “*todos os dias*” e “*a todo tempo*”, conforme citado pelos entrevistados, configura-se como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, através do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando e contribuindo muitas vezes para a transformação da realidade (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A discussão acerca da gerência enquanto processo contínuo e permanente ainda nos permite trazer sobre o uso das etapas do processo administrativo, tendo em vista, que este é cíclico, dinâmico e interativo (CHIAVENATO, 2003). Desta maneira, em meio às etapas de - planejar, organizar, dirigir e controlar - destacamos o instrumento de trabalho da gerência, planejamento, presente na fala de E9:

⁷A educação permanente, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para o desenvolvimento do sujeito, no que tange ao seu auto-aprimoramento, direcionado-o à busca da competência pessoal, profissional e social, como uma meta a ser seguida por toda a sua vida (SALUM; PRADO, 2000).

⁸A educação continuada é conceituada como o conjunto de experiências subseqüentes à formação inicial, que permitem ao trabalhador manter, aumentar ou melhorar sua competência, para que esta seja compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades, caracterizando, assim, a competência como atributo individual (DAVINI, 1994).

[...] vai gerenciando de acordo com as demandas mais urgentes, então ele vai organizando de uma forma [...] o que tem mais urgente pra resolver é resolvido, o que pode ser resolvido a longo prazo vai se deixando um pouco mais pra frente [...](E9)

O depoimento de E9 aponta que o processo de trabalho destes profissionais sofre influência das constantes demandas da população e do próprio serviço, sendo assim nestes espaços é preciso trabalhar os problemas de acordo com a viabilidade e necessidade imediata⁹ e mediata¹⁰ do problema, contemplando assim aspectos contidos no ato de planejar.

Chiavenato (2003, p.479), descreve que “a viabilidade [...] depende da capacidade de adaptar-se, mudar e responder às exigências e demandas do ambiente”, contemplando desse modo, a execução de intervenções a depender do uso de um planejamento operacional (projetado para o curto prazo), um planejamento tático (projetado a médio prazo) ou um planejamento estratégico (projetado a longo prazo).

O trecho da entrevista de E9 ainda nos aproxima da necessidade do estabelecimento de prioridades no processo de gerenciamento. Miranda (2007), tendo em vista essa necessidade, descreve que para a determinação das questões prioritárias, o profissional que assume as atividades gerenciais deve levar em conta vários aspectos. Dentre esses aspectos cita-se a necessidade de considerar a visão da população sobre o problema; partir do problema de menor complexidade e de mais fácil solução para os de maior complexidade; priorizar as questões que necessitam de intervenção em curta duração e, gradualmente, passar para as de média e longa duração; articular diversos setores da sociedade para a negociação e construção de estratégias de enfrentamento; negociar com as instâncias superiores os problemas não cabíveis a instância local; criar espaços de discussão com todos os atores sociais envolvidos entre outros.

Portanto, a partir da discussão apresentada sobre a dinâmica da gerência enquanto processo intrínseco entendemos que a mesma é uma ação essencial para a organização e funcionamento de uma Unidade de Saúde da Família e requer uma associação com a função administrativa - planejamento - para trabalhar no processo de elaboração de um novo modelo de atenção à saúde, o qual tenha como foco o desenvolvimento de práticas de vigilância dinâmicas e flexíveis a ponto de adaptar-se à complexidade dos territórios, como acontece nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (TEIXEIRA, 2001).

⁹ Que existe no momento e requer providências rápidas (AULETE, 2013).

¹⁰ Diz-se de causa que produz resultado por meio de outra. Em que a relação entre dois termos depende de um terceiro (AULETE, 2013).

As entrevistas também revelaram sobre a forma e a dinâmica do processo de gerenciamento nas unidades de saúde do município em questão. Assim, a gerência na forma compartilhada e/ou conjunto ou na forma de rodízio entre profissionais do nível superior, nos foi apresentada nos trechos das entrevistas abaixo:

[...] eu compartilho a gerência com o odontólogo daqui da Unidade (E3)

[...] primeiro é feito um acordo com a Secretaria de Saúde que o gerenciamento pode ser feito a cada três meses ou pela enfermeira e enfermeiro ou pelo cirurgião dentista ou cirurgiã dentista, [...] assim quando se detectar que dois possam ter um bom relacionamento o gerenciamento pode ser feito em conjunto [...] (E4)

A gerência na Unidade é feita em conjunto né... a gente sentou, eu, a dentista, a gente resolveu fazer em conjunto até porque nossa relação é muito boa, então as vezes eu poderia estar ocupada em alguma coisa e ela cobre e vice versa e assim pra que as duas tivessem por dentro de [...] todos os problemas que estão permeando a Unidade [...](E1)

Nos trechos das entrevistas de E3, E4 e E1 identificamos termos como “*compartilho a gerência*”, “*gerenciamento pode ser feito a cada três meses*”, “*gerenciamento pode ser feito em conjunto*”, o que nos remete a ideia sobre o uso de aspectos relacionados à gestão e a gerência nos serviços de atenção à saúde. Dessa forma, antes de discutir o uso de tais termos no contexto dos serviços da Atenção Básica, cabe destacar que esse processo de organização das instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como ações que apontam para uma reordenação do modelo de atenção a saúde.

Sobre isso, Ermel e Fracolli (2003, p.90) apresentam a questão do processo de descentralização administrativa desencadeado pelo SUS como a alternativa para mudança no modelo de atenção à saúde que possibilita:

um fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios e uma elevação da sua capacidade técnico-operacional de planejamento, programação, controle gerencial e operacionalização de ações, voltadas ao enfrentamento dos problemas de saúde em territórios específicos.

Nessa lógica, o processo de gerenciamento está ligado à concretização do modelo de assistência à saúde, uma vez que a concepção ampliada, sistêmica, sobre modelo de atenção, inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa que diz respeito

ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A indução sobre o processo de descentralização através dos instrumentos normativos publicados pelo Ministério da Saúde foi intensa durante a década de 90, com a circulação das normas operacionais (NOB 91, 93 e 96) e se prolongou nos anos seguintes, em 2001, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e recentemente com o Pacto pela Saúde, em 2006. Na publicação da NOB 96 e do Pacto, constam a conceituação dos termos gerência e gestão.

A gerência é definida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de conduzir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996; BRASIL, 2006a).

Assim, ao analisarmos estes conceitos e fazermos uma aproximação com o posicionamento dos entrevistados acerca da forma de gerir, corroboramos com Souza (2007) quando esta aponta que embora sejam expressas diferenças em relação ao conceito dos termos gestão e gerência, estes refletem responsabilidades afins/semelhantes, diferenciadas, entretanto, pelos espaços de atuação do profissional que assume as funções gerenciais.

Tendo ciência destes fatos, retomamos a questão da influência da descentralização da saúde, relacionada à gestão e gerência dos serviços. Nessa conjuntura, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, as atividades gerenciais foram assumidas por recomendação da gestão anterior (2009-2012) da Secretaria Municipal de Saúde, pelos enfermeiros (as) ou cirurgiões (ãs)-dentistas, em forma de rodízio trimestral. A esses dois profissionais, cabem a execução de atividades gerenciais, bem como o planejamento das atividades a serem desenvolvidas como modo de garantir o pleno funcionamento destes serviços de saúde e conseqüentemente executar as determinações estabelecidas pela PNAB. Entretanto, recentemente este município tem indicado o profissional enfermeiro como responsável pelas atividades gerenciais.

A entrevista de E4 nos revela de forma clara, o emprego do rodízio trimestral como recomendação da gestão da Secretaria de Municipal Saúde. Entretanto, os trechos das entrevistas de E3 e E1 demonstram as alternativas elaboradas pelos profissionais que

assumem as funções gerenciais, em executá-la em conjunto e/ou de forma compartilhada. Vale destacar que esta última é mediada pela existência de bom relacionamento interpessoal e de um acordo interno entre os profissionais.

O trecho da entrevista, a seguir, nos traz o posicionamento do profissional sobre a especificidade da função gerencial e a atribuição da função gerencial para o profissional enfermeiro (a). Vejamos:

A gente sabe que tem algumas áreas dentro da Unidade que é específico do enfermeiro, então mesmo o cirurgião dentista tendo a participação, o conhecimento profundo fica restrito ao enfermeiro, então, a questão de ser gerenciamento em conjunto é mais por isso, pra o dentista não passar aperto numa área que não é específica dele e facilitar o relacionamento do enfermeiro com o dentista porque nas unidades em que eu percebo que tem distinção de gerenciamento o atrito é maior. [...]o cirurgião dentista ele fica uma parte nesta parte, por isso, que eu falo que aquela parte do conjunto é melhor do que separado, porque muitas vezes você..., um exemplo, se você esta três meses gerenciando sozinho e vai fazer isso muitas vezes os dados podem ser mascarados porque o enfermeiro tem o controle maior do agente que esta visitando as casas ou não, (E4)

Fica evidente por meio deste trecho de E4 que o entrevistado associa a função gerencial como uma atividade mais específica da(o) enfermeira(o) e justifica a ênfase na forma de gerenciamento com divisão de atividades em virtude, da pouca experiência e do conhecimento insuficiente sobre a atuação na gerência de serviços de saúde. Essa condição ganha destaque, quando diversas discussões trazem a indicação do profissional com formação em enfermagem para atuar no gerenciamento de serviços de saúde, a exemplo, nas Unidades de Saúde da Família.

Nesse sentido, muito se tem discutido sobre a inserção e a contribuição da enfermagem nos diversos níveis do sistema de saúde e diante dessa perspectiva, têm-se uma preocupação atual com as adequações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) do ensino de enfermagem e conseqüentemente, com a necessidade de proporcionar uma formação profissional com foco no desenvolvimento do processo gerencial voltado para as atuais diretrizes operacionais organizadas via Pacto pela Saúde, que foram definidas em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (PERES; CIAMPONE, 2006; PUCCIA, 2007; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009 WEIRICH et al, 2009; JONAS, RODRIGUES, RESCK, 2011; XAVIER-GOMES; BARBOSA,2011).

Outro entendimento que auxilia na análise do trecho da entrevista de E4, sobre a atribuição das atividades gerenciais ao profissional enfermeiro, nos é apresentado por Souza (2007, p.16-17), quando esta afirma que:

A enfermeira, dentre os diversos profissionais da saúde tem assumido crescentemente cargos de direção e gerência.[...]. É também a enfermeira a profissional que no caso das unidades básicas de saúde e do hospital assume a supervisão dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, o que a obriga a um envolvimento com a maioria da equipe de saúde do serviço, condição que a faz ficar a par do funcionamento geral e dos problemas que emergem no cotidiano. Ao contrário, os demais profissionais de saúde de grau superior desenvolvem suas atividades predominantemente em seus consultórios, não se envolvendo com o funcionamento da unidade de produção de serviços de saúde onde atua.

Resgatando a perspectiva apresentada anteriormente, podemos identificar contradições acerca do significado de “compartilhar” e/ou “atuar em conjunto” nas atividades gerenciais, prevalecendo assim uma divisão de tarefas em detrimento do compartilhamento de responsabilidades. Vejamos:

*A gente compartilha com a dentista, mas a gente compartilha dentro da Unidade, é um acordo dentro da Unidade, mas normalmente o foco é a enfermeira. A gente **divide**, mas a questão do trabalho mesmo, a enfermeira mesmo é a responsável. (E6)*

*Eu estou como apoio, apoiando a [nome da enfermeira], nós sempre temos as atividades **divididas** [...]. Eu sempre gosto de trabalhar **dividindo as responsabilidades no caso, cada um no seu quadrado**, mas que cada um assuma a sua área. [...](E8)*

*[...]então a minha experiência fica restrita mais a **parte mais burocrática internamente: supervisão de horário, gerenciamento desses cursos que eu falei e transcrição de dados para produção, então aquela parte que envolve o atendimento essas coisas, fica mais reservado a área da enfermagem.**(E4)*

Apesar dos profissionais referirem a gerência compartilhada e/ou em conjunto, fica claro, conforme destacado em negrito, que na realidade destas USF's ocorre a divisão de tarefas, colocando em questão o significado e o uso do termo “compartilhar”, o que por muitas vezes implica na reserva de muitas questões de gerência na ESF para um único profissional, neste caso específico para o profissional com formação superior em enfermagem.

Esta contraposição nos faz refletir sobre o desafio do envolvimento de toda a equipe de saúde da família no processo de trabalho e da participação dos usuários nesta construção.

Diante desta realidade, Campos (2000) apresenta a importância da inserção da cogestão¹¹ na ESF, para fornecer a estes serviços de saúde a chance de desenvolver uma gestão coletiva, na qual existem corresponsáveis pelas tomadas de decisão e não somente uma gerência centrada e conduzida por uma minoria.

Este mesmo autor, ainda reforça a sua defesa a cogestão destacando a iniciativa do Ministério da Saúde (2010) com a política denominada HumanizaSUS, na busca da valorização da autonomia dos trabalhadores e usuários, e deixa a sua impressão de que “a incorporação destes novos conceitos depende de reformas organizacionais e também do processo de trabalho voltado para ampliar a democracia institucional”. Neste sentido, deve-se utilizar o planejamento enquanto instrumental para propiciar a construção de sujeitos criativos e livres de modo a favorecer o espaço democrático e participativo (CAMPOS GWS, 2010, p.2342).

Guizardi e Cavalcanti (2010, p.1261) concordam com Campos GWS (2010) ao revelar que “pensar em novos modos de gestão compartilhada demanda desfazer as fronteiras institucionais, suas hierarquias e processos de desqualificação e exclusão, e investir no território diretamente como campo de produção de saúde”.

Por fim, consideramos que as diferentes dinâmicas do processo de gerenciamento, principalmente a forma de gerenciamento compartilhada e/ou conjunto, representam alternativas para legitimar a construção desse novo modelo de atenção à saúde, democratizando as decisões, promovendo maior autonomia, participação e corresponsabilidade de todos os envolvidos na práxis do trabalho em Atenção Primária à Saúde (APS), buscando superar os desafios dos processos gerenciais no SUS e consequentemente intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; SOARES; RAUPP, 2009).

¹¹Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. Desta forma, o conceito é particularmente fecundo por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010)

4.2 CONCEPÇÕES, ESTRATÉGIAS E USO DO PLANEJAMENTO PARA O GERENCIAMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Com o aprofundamento da análise dos achados, identificamos que os entrevistados têm diferentes entendimentos acerca do uso do planejamento na prática gerencial. Segundo Merhy (1995), dentre as múltiplas possibilidades do planejamento, este pode ser visto enquanto instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, como prática social transformadora e como método de ação governamental para intervir gerando políticas específicas, públicas ou não.

Através da análise das entrevistas nos deparamos com a concepção de planejamento enquanto instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações, a qual contempla a discussão de Merhy (1995):

*O planejamento é um instrumento acho que fundamental para se guiar[...]
(E3)*

Esta definição do entrevistado é compatível com a concepção de Rivera e Artmann (1999, p.356), que entende o planejamento como ferramenta organizacional e como parte de um processo mais amplo de desenvolvimento das organizações com valorização a condução da ação. Por sua vez, Vilasbôas (2004) elucida que o planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana, uma vez que o ato de planejar realizado por atores sociais¹² consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade, buscando a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

Outros autores complementam essa concepção apresentando a importância do planejamento nos processos de gestão, gerência ou administração (FERREIRA, 1981; MEHRY, 1995 *apud* PAIM, 2008), o que traduz o depoimento de E6 abaixo. Também, define as etapas do ato de planejar, para elaboração de planos, programa ou projetos, que visam alcançar os objetivos e as metas pré-estabelecidas (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998; MELLEIRO; CIAMPONE, 2005).

¹² [...] é, uma pessoa, um grupamento humano ou uma instituição que de forma transitória ou permanente, é capaz de agir, produzindo fatos na situação (TEIXEIRA, 2010, p.27).

Está ligada a gerência, você planeja e tem que ver como você vai desenvolver as atividades, como você vai cobrar seus funcionários, como você vai fazer reuniões, o que você vai colocar na reunião, tudo isso está dentro do planejamento. (E6)

O depoimento de E6 evidencia que no âmbito das Unidades de Saúde da Família o planejamento tem um papel importante na condução das atividades e na articulação dos processos de trabalho dos profissionais que assumem as funções gerenciais. Diante disso, Teixeira (2010) faz uma reflexão afirmando que o interesse no planejamento das ações de saúde surgiu em virtude da complexidade crescente do processo de trabalho nesta área, uma vez que com o passar dos anos, aumentou-se a necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e de saúde da população em diversos países.

Desse modo, associar gerência e planejamento no cotidiano das unidades de saúde predispõe a pensarmos no fortalecimento do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), já que com a política de descentralização administrativa, a criação de estratégias, como o planejamento, ajuda a superar os entraves gerenciais do setor, de modo a facilitar o acompanhamento, a fiscalização, o controle dos gastos, a avaliação dos resultados obtidos e o cumprimento das diretrizes operacionais que orientam o SUS e que compõe parte do seu arcabouço legal (LACERDA et al, 2012).

Com o caminhar da análise nos deparamos com o trecho da entrevista de E2, o qual destaca o uso de diferentes enfoques teóricos – metodológicos do planejamento em saúde das Unidades de Saúde da Família. Vejamos:

A gente tem planejamento fixo e tem o planejamento modificado, que é um planejamento estratégico, a gente trabalha com algumas coisas fixas, [...] (E2)

O entrevistado (E2), nos leva a pensar sobre o planejamento a partir de duas vertentes o planejamento tradicional ou normativo – “fixo”, e o planejamento no enfoque estratégico – “modificado” (GIOVANELLA, 1991; MERHY, 1995; RIVERA; ARTMANN, 1999; FEKETE, 2001; SANTANA; TAHARA, 2008b; TEIXEIRA, 2010; MATTOS, 2010;).

Os primeiros passos para o estabelecimento da proposta do planejamento das ações ocorreu no início dos anos 60, com o método CENDES-OPS (Centro Nacional de Desenvolvimento/ Organização Pan-Americana de Saúde)¹³ que caracterizou o planejamento

¹³ Para criação deste método o economista e professor de planejamento econômico, Jorge Ahumada dispôs-se a participar sugerindo que, para tal, fosse tomado como base um trabalho realizado por Mario Testa, quando aluno

normativo. O eixo central de tal método era a transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social, sendo considerado o marco do desenvolvimento de um pensamento próprio sobre a especificidade do planejamento na área da saúde (MERHY, 1995; FEKETE, 2001; TEIXEIRA, 2010).

Portanto, o enfoque normativo do planejamento na área da saúde, citado por E2 como planejamento fixo, caracteriza-se como um enfoque basicamente descritivo¹⁴, marcado pelo viés economista¹⁵, fundamentado no levantamento de informações e sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais para a construção de indicadores de saúde, e consequentemente fazer um diagnóstico (HILLEBOE, 1973 *apud* TEIXEIRA, 2010; FEKETE, 2001). Além disso, nesta forma de planejar como a ideia central é a eficiência no uso de recursos, partindo de conceitos da ciência econômica, defende-se que é fundamental realizar a identificação do problema central, maximizar resultados com recursos fixos ou minimizar recursos com resultados predeterminados¹⁶(MERHY, 1995; FEKETE, 2001).

Ao retomarmos a fala de E2 quando este destaca que “*trabalha com algumas coisas fixas*” e associarmos com a fala abaixo de E9 identificamos a influência do planejamento normativo no trabalho cotidiano das Unidades de Saúde da Família. Vejamos:

do mestrado de planejamento econômico no Cendes. Assim, tomando como base o trabalho de Testa e o modelo do planejamento econômico, uma equipe elaborou o método de planejamento em saúde que ficou conhecido como "método Cendes/Opas". Este método foi editado pela Opas, em 1965, na sua Publicação Científica número 111, sob o título: *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* (GIOVANELLA, 1991; OPS/OMS, 1965 *apud* GIOVANELLA, 1991).

¹⁴ [...] na descrição do estado de saúde, traz o diagnóstico “como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doença e agravos a saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes” (TEIXEIRA, 2010, p. 19).

¹⁵ [...] partindo do princípio de que em sociedades subdesenvolvidas há sempre carência absoluta de recursos que se agrava com o desperdício pelo não bom governar, o que compromete mais ainda o quadro de saúde da sociedade, por não possibilitar um ótimo uso de recursos disponíveis; o que, acaba por comprometer o próprio desempenho da economia, pois considera que as sociedades subdesenvolvidas são expressão pura do ciclo vicioso da pobreza, dentro do qual a ausência de saúde reconstrói o subdesenvolvimento (MERHY, 1995, p. 131).

¹⁶ [...] o método CENDES propunha uma metodologia para eleição de prioridades que estabelecia uma série de critérios que orientassem as intervenções, com o objetivo de otimizar os recursos existentes. Basicamente, eram seguidos quatro critérios que determinavam a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados. Destes, três eram diretamente proporcionais à prioridade que se dava ao problema, e o quarto agia de modo inversamente proporcional: **Crítérios diretos**: A **magnitude** do dano (doença ou problema), expresso pelo número de mortes causadas; A **vulnerabilidade** função do impacto que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença; A **transcendência** que pretendia medir a relevância que teria para uma determinada Sociedade o grupo social mais afetado pela enfermidade em questão. **Crítério inverso**: O **custo** da técnica mais eficaz disponível para evitar uma morte provocada pelo dano em consideração. No processo de eleição de prioridades, quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano. (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008, p. 5-6.)

[...] além do gerenciamento tem a questão da assistência, que abrange cinco programas que a gente tem: planejamento [familiar], pré-natal, puericultura, hiperdia, [prevenção do câncer do colo de útero] [...] (E9). [destaque nosso]

A fala do entrevistado nos faz refletir sobre a configuração da ESF, voltada aos objetivos a serem alcançados pelas Secretarias de Saúde, de acordo com as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, destacamos que por vezes, as exigências sobre as metas a serem alcançadas com relação a instalações físicas, recursos humanos e financeiros, equipamentos e materiais de consumo, políticas e programas (medicamento, imunizações, saúde da mulher, saúde da criança, saúde adulto e idoso, saúde bucal e vigilância epidemiológica), acabam por engessar algumas iniciativas, limitando as adaptações necessárias às características locais e aumentando a distância dos resultados predeterminados.

Assim, corroboramos com Silva (2006), quando este sinaliza a influencia do enfoque normativo no cotidiano das Unidades de Saúde da Família, destacando que o planejamento enquanto instrumento que permite a organização do trabalho ainda se encontra muito voltado para a produtividade e o atendimento clínico, ou seja, direcionado para as ações e serviços desenvolvidos no intuito de atingir metas e objetivos pré-definidos, sem um questionamento crítico do pensar/saber/fazer planejamento.

O Ministério da Saúde reforça tal posicionamento e amplia o entendimento sobre a presença de características do enfoque normativo no SUS, quando as Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência à saúde, sinaliza que: na prática institucional, as proposições restringem-se, no mais das vezes, numa coletânea de dados e informações demográficas e epidemiológicas que são apresentadas nos primeiros capítulos dos planos estaduais e municipais, sem correspondência com as suas proposições, reproduzindo a prática dos diagnósticos de saúde, tão típicos dos modelos de planejamento normativo (BRASIL, 2006b, p. 16). Tal discussão é endossada por Rolim (2003) *apud* Teixeira (2010) quando afirma sobre a influência do método CENDES em propostas metodológicas de programação utilizadas no âmbito do SUS.

Diante dessa situação, apontamos que o avançar da história do estabelecimento do planejamento e programação no setor de saúde contribuiu para que várias inquietações¹⁷ surgissem e comesçassem a indicar as limitações do enfoque normativo. Assim, o “enfoque

¹⁷ Uribe Rivera (1989) em seu texto “**A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico**”, enumera algumas características limitativas da visão normativa do Planejamento, esboçando uma crítica à programação local dirigida invariavelmente ao método CENDES/OPS.

estratégico¹⁸” aparece no final da década de 70 e início dos anos 80, como um novo campo de discussão, representado por três vertentes básicas: o enfoque da *Programação em saúde*, da Escola de Medellín (1975)¹⁹; o *Pensamento Estratégico em Saúde*²⁰ de Mário Testa (1981); e a proposta teórico metodológica de Carlos Matus, *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, em 1982.

Resgatando a fala de E2 sobre os enfoques teóricos metodológicos, destacamos a expressão “*planejamento modificado*”, usada por este profissional para se referir à inserção da estratégia no planejamento e no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família. Diante da mesma, somos levados a pensar como a proposta conceitual e metodológica de Matus tornou-se diferenciada em relação às outras vertentes e do enfoque normativo principalmente, no que se refere à participação de um ator social.

O enfoque estratégico situacional de Matus (1993a) é a vertente do planejamento em saúde definido como o cálculo que precede e preside a ação, então planeja quem governa (porque o governante faz o cálculo de última instância) e governa quem planeja (porque governar é conduzir com uma direcionalidade que supera o imediatismo de mera conjuntura). O ponto inicial dessa proposta é a **situação** entendida como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados por um ator social que nela convive e coexiste com outros sujeitos. Quanto ao conceito de **Problema**, está relacionado a qualquer acontecimento fora do padrão de normalidade para um ator social. Sendo assim, esses padrões – situação e problema – serão determinados na realidade de um serviço de saúde, por exemplo, pelo conhecimento, interesse e capacidade de ação do ator social (TEIXEIRA, 2010).

¹⁸ O planejamento estratégico em saúde (PES) surge como a tentativa de reconhecimento da complexidade ao introduzir as ideias da superioridade do político sobre o econômico e da diversidade de atores-sujeitos do mesmo ato de planejar (RIVERA, ARTMANN, 1999, p.356).

¹⁹ A vertente do planejamento com enfoque da *Programação em saúde* foi desenvolvida, em 1975, na Escola de Medellín. Nesta ocasião, o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPPS/OPAS) publica o documento “*Formulación de las políticas de Salud*”, para apoiar a discussão sobre o deslocamento do planejamento em saúde do âmbito da microeconomia para o âmbito político, com foco na divulgação de conceitos e orientações sobre a formulação de políticas de saúde. (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008; LANA; GOMES, 1996 *apud* SANTANA; TAHARA, 2008c). Como antecedentes dessa vertente podem ser apontados as Estratégias e o Plano de ação “Saúde Para Todos no ano 2000” (STP/2000), cujo objetivo estratégico era intervir sobre as desigualdades de acesso ao sistema de saúde, sendo adotada como proposta a estratégia da Atenção Primária, como alternativa que afeta e compreende todo o sistema de saúde e toda a população que o sistema supõe suprir (FEKETE, 2001).

²⁰ O pensamento estratégico em saúde de Mário Testa que havia participado da formulação do método CENDES-OPS, é a vertente do planejamento que desenvolve uma proposta de formulação e discussão voltada à problemática do poder, à organização como o espaço onde se materializa o poder social e à articulação entre poder técnico – a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de diferentes características -, o poder administrativo – capacidade de designar e alocar recursos - e o poder político – capacidade de movimentar grupos sociais para explicitar suas necessidades e interesses- (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008; TESTA, 1992 *apud* SANTANA; TAHARA, 2008c).

Como esse enfoque reconhece a existência de múltiplos atores para criar consensos acerca da situação a se enfrentar, a sua grande preocupação é garantir que o planejamento funcione como uma ferramenta utilizada a favor da liberação das ações humanas, uma vez que sua intenção é submeter os acontecimentos e o curso das coisas à vontade dos indivíduos, impedindo de tal forma que os mesmos sejam conduzidos e procurando que eles se tornem condutores (MERHY,1995).

Utilizando-se dessas características principalmente sobre a participação dos atores sociais no planejamento em saúde, é pertinente problematizar a seguinte fala de E2:

“[...] planejamento [...] com apoio da equipe, e quase nem sempre o da população”. (E2)

Tal depoimento nos revela que existe pouca ou nenhuma participação da população no processo de planejamento das ações de saúde. Desse modo, a participação popular no planejamento torna-se falha, distante dos princípios e diretrizes do SUS e caracteriza-se pela inexistência de espaços de escuta e de diálogo, comprometendo conseqüentemente a influencia do controle social na ocorrência de mudanças na organização do serviço e sistema local de saúde (SILVA, 2006; TEIXEIRA; JESUS, 2010).

Matus (1993b, p.49), para destacar a presença e importância dos atores sociais no planejamento simula um diálogo entre a prática e a teoria cujo tema é o verbo planejar. Nesse diálogo a professora Dona Prática pede à senhorita Teoria Normativa:

Dona prática: Conjuge o verbo planejar. **A senhorita normativa responde:** Eu planejo...**Dona Prática diz:** Continue, está tudo bem. **Senhorita normativa responde:** Já terminei, professora. Dona Prática, perplexa, olha para suas alunas. A senhorita Situacional está ansiosa por falar, e sem que ninguém peça recita: **Senhorita situacional:** Eu planejo, tu planejas, ele planeja, etc.

Diante dessa situação citada no diálogo, entendemos que a lógica reproduzida nas unidades de saúde, confirmada pela fala de E2, baseia-se no fato de que o planejamento é tarefa dos “planejadores”, os quais são responsáveis por ditar o futuro do sistema e o curso das ações, lembrando a presença de um plano e sistema centralizador, de cima para baixo, que ditam até os detalhes da execução do trabalho. Esse fato, nos leva a pensar como o

planejamento participativo²¹ deixa de ser utilizado com ferramenta questionadora (“o quê”, “porquê”, “como”, “quando”, “com quem” e “com o quê”) e de busca das respostas às perguntas sobre as situação de vida. Assim, pode-se dizer que não há a criação de uma nova cultura de compromisso com o sistema de saúde e a realidade vivenciada pelos atores sociais (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 2006).

Ainda partindo da perspectiva de participação dos sujeitos no processo de planejamento, trazemos que a análise das entrevistas também permitiu identificar que o meio utilizado pelos profissionais que assumem as atividades gerenciais para definir a prática do planejamento nos serviços de saúde, são as reuniões de equipe. Nas falas abaixo, esse passo é considerado essencial para o planejamento das ações de saúde, vejamos:

A gente sempre faz reunião de equipe para traçar o planejamento da Unidade, a gente vê as atividades que estão precisando ser realizadas né... o cronograma de atendimento [...], questão também de insumo, vê se está gastando, vê o que a gente vai fazer, se está faltando material porque esta faltando, essas questões realmente do papel de gerente(E2).

A gente vai planejando e vai organizando e nas reuniões é onde saem às atividades, os erros, os acertos a cada mês. A gente vai ouvir também os agentes de saúde, as reclamações na área onde nos estamos acertando, onde nós estamos errando, pede que eles focalizem bem isso aí para que a Unidade funcione [...] são muitos problemas, mas a gente tenta resolver na melhor maneira possível (E8).

Nas falas de E2 e E8 estão explícitas mais uma vez o desafio do envolvimento de toda a equipe de saúde da família no processo de trabalho, e principalmente, no planejamento em saúde no espaço micropolítico da USF. Desse modo, o envolvimento humano, mais especificamente a participação da equipe de saúde da família na construção do planejamento dos serviços de saúde, reforça a visão de que o mesmo é um processo social que aplica-se a qualquer atividade humana em que é necessário um esforço para alcançar um objetivo (MATUS, 1993b). E, conseqüentemente nos leva a concordar com a concepção de Teixeira (2010), quando esta define o planejamento como um processo de racionalização das ações humanas, já que define proposições e a construção da sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas.

Ainda nos trechos das entrevistas de E2 e E8, os profissionais que assumiam as atividades gerenciais mostram indícios de que é importante o envolvimento da equipe de

²¹ “[...] aquele em que os especialistas e população sejam atores e autores das respostas sociais aos problemas” (TEIXEIRA, 1991, P.297).

saúde da família no processo de identificação das necessidades de saúde e de serviço²², na elaboração de planos e resolução de demandas, passos estes presentes nas etapas da proposta do enfoque estratégico situacional.

O depoimento de E8 amplia a definição da prática do planejamento nos serviços de saúde para além das reuniões, incluindo a escuta da população pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Nesse sentido, destacamos de acordo com Santos e Fracolli (2010), a importância do ACS's na integração da equipe de saúde com a população adstrita; no planejamento e avaliação das ações de saúde; no desenvolvimento em equipe de ações de promoção da saúde; na prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário e na prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades.

Por conseguinte, ao relacionarmos as falas dos entrevistados com as etapas do PES, apresentamos que os passos citados se aproximam rapidamente da noção de alguns dos “momentos” que fazem parte do processo de planejamento. Sobre esses momentos é importante destacar que eles não se referem a etapas sequencialmente rígidas, pois na prática pode-se desencadear o processo em qualquer momento. Metodologicamente, identificam-se quatro momentos como possíveis caminhos a se seguir no processo de planejamento e programação local em saúde, a saber: o momento “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional”. Ainda deve-se considerar que cada um desses momentos conta com uma série de passos intermediários (TEIXEIRA, 2001).

O primeiro momento “explicativo” (foi, é, tende a ser) fundamenta a análise da situação inicial, que inclui a identificação, descrição e análise dos problemas e oportunidades de ação do ator. O segundo “normativo” (deve ser) contempla a elaboração da situação-objetivo, construída a partir da decisão acerca do que fazer no tempo político de que dispõe o ator para o enfrentamento dos problemas selecionados. O momento estratégico (pode ser, deve ser) supõe a definição das atividades a serem realizadas, contemplando a análise de viabilidade de cada uma das ações propostas. Por fim, o momento tático-operacional (fazer), corresponde à execução das ações sob a gerência, monitoramento e avaliação das atividades que compõem o plano (MATUS, 1991; TEIXEIRA, 2010).

Sobre o plano Matus (1991, p. 28) defende que este “é o produto momentâneo do processo pelo qual um ato seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos”, assim,

²²Problemas do Estado de Saúde relacionados a estado patológicos, doenças e agravos; Problemas do Serviço de Saúde referentes a organização dos serviços, atendimento da demanda, relações interpessoais, infraestrutura e outros (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

podemos falar de plano de ação como algo inevitável na prática humana, cuja única alternativa é o domínio da improvisação. Afinal, conforme cita Campos, 2010, p.19: “o plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja”.

Nesse sentido, no âmbito das Unidades de Saúde da Família, concordamos com Matus (1991), que o plano é fundamental para conduzir as ações, porque governar nestes espaços está rodeado de incertezas, imprecisões, surpresas, rejeições e apoio de outros atores, tornando-se algo complexo. Desse modo, os termos presentes nas falas dos entrevistados “*planejando e [...] organizando as atividades, os erros, os acertos a cada mês*”; “*ouvir [...] as reclamações na área*”; “*são muitos problemas*”, expõe porque governar é algo complexo e dessa forma, requer o uso do planejamento e a articulação constante de três variáveis que compõem o *triângulo de governo*²³ de Matus e o desenvolvimento de um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidade que permitam ao ator aumentar sua capacidade de direção, gerência e controle do sistema local em questão (FEKETE, 2001).

Partindo dessa perspectiva, apresentamos a fala de E3 que revela a importância do planejamento e também nos aproximam da noção do uso do tempo neste processo. Vejamos:

[...] quando a gente esta menos sobrecarregado, que a gente consegue planejar as atividades do mês, sentar com a equipe e planejar as atividades, as coisas fluem muito melhor do que quando aquele mês você não consegue fazer uma reunião, está super atribulado, você não consegue se planejar é horrível, mas a partir do momento que a gente senta e planeja as atividades, é excelente, tudo dá certo, tudo caminha direitinho, pelo menos 80 % das atividades conseguem ser executada (E3).

O entrevistado em sua explanação destaca o ato de planejar e conseqüentemente, a elaboração de planos, como condições necessárias para organizar as demandas e facilitar o fluxo de trabalho, nas unidades de saúde. Esse fato nos leva a pensar na discussão de que o planejamento, assim como o gerenciamento pode ser concebido como um processo contínuo e permanente, “algo que fazemos todo o tempo, todos os dias” (TANCREDI; BARRIOS;

²³ Compõe o Triângulo de governo de Matus, as seguinte variáveis: O **projeto de governo** se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ação, sendo estes produtos não apenas das circunstâncias e interesses do ator que governa, como também da sua capacidade de governo. A **capacidade de governo** diz respeito à capacidade técnica, ao manejo de métodos, às habilidades e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social até os objetivos estabelecidos, dependendo da governabilidade do sistema e do conteúdo das proposições do projeto de governo. Quanto à **governabilidade do sistema**, esta se refere às variáveis que são controladas pelo ator; quanto mais variáveis decisivas ele controlar, maior será sua liberdade de ação e maior será para ele a governabilidade do sistema (MATUS, 1987 *apud* TEIXEIRA, 2010, p.28).

FERREIRA, 1998, p.01) e “onde sempre há um plano sendo feito e, ao mesmo tempo, sempre há um plano para apoiar as decisões” (AZEVEDO, 1992, p.132).

Campos FCC (2010, p.18), completa essa noção do planejamento como processo contínuo e permanente ao indicar que o “ato de planejar é importante porque permite melhor aproveitamento do nosso tempo e dos nossos recursos, aumentando as chances de alcançarmos os nossos objetivos”. E é pensando nessa ótica do planejamento associado ao aproveitamento do tempo que trazemos abaixo trechos dos depoimentos de E5 e E9, acerca da influencia de elementos como o tempo e o estabelecimento de prioridades no processo de planejamento.

O planejamento a gente tem que usar, porque se a gente não usar, não tem tempo pra nada e embola tudo (E5).

A gente tem um planejamento, mas eu não vou te dizer que esse planejamento é seguido à risca. A gente tenta, em algumas situações não consegue fazer, mas aí a gente senta, pensa como é que vai resolver, enfim, é mais ou menos por aí, tem uma meta, mas a gente tem tais questões para estar resolvendo em relação, por exemplo, autoclave esta quebrada, várias coisas acontecem ao mesmo tempo [...] (E9).

Conforme indicam os trechos acima, o planejamento e o tempo têm uma relação crucial, pois como descreve esses entrevistados “*várias coisas acontecem ao mesmo tempo*” e “*se a gente não usar [o planejamento], não tem tempo pra nada e embola tudo*”. Neste sentido, para entendermos essa relação entre o tempo e o planejamento trazemos uma análise à luz de Matus (1993c).

Segundo este autor, existem mudanças situacionais que ocorrem antes ou depois que outras e distinguem-se por sua duração, não sendo possível desse modo, precisar o começo ou o fim de um problema ou oportunidade. Assim, o planejamento é reconhecido como consumidor de tempo e conseqüentemente, planejar com controle de tempo é essencial para eficácia das ações dos atores sociais que governam.

Em um sentido mais amplo Matus (1993c), traz a noção de planejamento e tempo associado à estratégia, defendendo que um princípio básico da estratégia é não perder nunca o controle do tempo. A justificativa para este fato é que o tempo é um recurso escasso e quando um tempo é consumido, este não pode ser repetido, fazendo com que, por vezes oportunidades de ação sejam perdidas, já que a oportunidade é esgotável e irreversível. Apesar disso, Matus retoma a discussão e sinaliza que esta escassez do tempo não é absoluta, uma vez que o tempo

futuro é ilimitado, e essa ideia de escassez é relativa a um ator, a seu propósito e a situação em que deve atuar para alcançá-lo.

Trazendo a reflexão de Matus para a realidade das Unidades de Saúde da Família, onde nos deparamos constantemente com as mais diversas situações de saúde e conseqüentemente com múltiplos problemas, corroboramos com este autor quando o mesmo sinaliza que planejar com controle de tempo é essencial para eficácia das ações dos atores sociais que governam, tendo em vista que o uso do planejamento é condição crucial para alcançarmos a curto, médio ou longo prazo a reversibilidade ou resolução de uma demanda.

Retomando a entrevista de E9 nota-se que este profissional ainda nos traz uma visão do planejamento, de acordo com situações que não são previstas e que não se tem controle. Por isso, ao relatar que *“não vou te dizer que esse planejamento é seguido à risca”, “tem uma meta, mas a gente tem tais questões para estar resolvendo”* e *“a gente tenta, em algumas situações não consegue fazer”* entendemos que nestes serviços, são realizadas ações fora da rotina planejada, quando surgem situações e problemas que demandam o estabelecimento de prioridades para que seja dedicado um maior investimento na sua resolução. Assim, o planejamento das ações deve ser considerado uma ferramenta flexível e passível de mudanças frente às demandas.

Nesse sentido, corroboramos com Matus quando este autor sintetiza que planejamento e ação são inseparáveis e reforça a ideia de que o plano é o cálculo que precede e preside a ação, e conseqüentemente se não a preceder, o plano é inútil porque chega tarde, e se chega a tempo, mas não a preside, o plano é supérfluo. Assim, a ação sem cálculo que a preceda e a presida é mera improvisação (MATUS, 1993a).

A questão da improvisação das ações e ausência do planejamento, também emergiu em uma das entrevistas como uma característica do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família. Vejamos a fala abaixo:

Eu não planejo muito para estar gerenciando até porque a gente não tem tempo de estar colocando isso na prática, a gente vai levando as coisas, vai fazendo o que dá para fazer.(E7)

Com esta fala de E7 é possível perceber que este profissional que assume as atividades gerenciais, considera o planejamento um processo com pouca influencia na atuação sobre a dinâmica de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, prevalecendo assim, à execução de ações aleatórias distantes de qualquer entendimento, enfoque ou vertente acerca do ato de planejar.

Contrária a tal posicionamento, Giovanella (1991, p.26) é categórica ao afirmar que:

a noção mais simples de planejamento é a de não-improvisação. Uma ação planejada é uma ação não improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir, estando relacionado a todo processo de trabalho, e conseqüentemente, a toda vida humana, pois o trabalho é condição inerente à vida humana.

Diante desta perspectiva, concordamos com a autora quando esta defende o planejamento como um ato inerente ao ser humano, ou seja, essencial para conduzir o processo de trabalho. E destacamos a necessidade de que propostas como o PlanejaSUS²⁴ (Planejamento do SUS) sejam institucionalizadas, trazendo para a realidade desses serviços, os objetivos de consolidar a cultura de planejamento de forma transversal às demais ações desenvolvidas no SUS, funcionando como estratégia relevante à efetivação do sistema como modo de conferir efetiva direcionalidade ao processo de planejamento (BRASIL, 2009).

O entrevistado E7 ao expor que “*a gente não tem tempo de estar colocando isso na prática*”, contrapõe a visão de Matus, sobre o uso do tempo como elemento importante na construção do planejamento e conseqüentemente, na condução das ações. Diante dessa situação, reconhecemos que essa atitude pode trazer desafios e dificuldades no processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, fatos estes que serão discutidos na próxima categoria.

Logo, reiteramos que o processo de planejamento precisa ser reconhecido como um instrumento para a gestão, gerência ou administração dos serviços. E consideramos relevante destacar, conforme afirmam Tancredi, Barrios e Ferreira (1998), que o planejamento deve voltar-se para a construção e execução de ações factíveis e alcançáveis, trabalhando a habilidade daqueles que estão envolvidos neste processo para adaptar-se às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização.

²⁴Define-se como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – Planeja-SUS, a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009, p. 21).

4.3 DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O GERENCIAMENTO NA USF

Através desta categoria discutiremos três pontos considerados fundamentais para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais que assumem as atividades gerenciais. Esses pontos compreendem as dificuldades, potencialidades e desafios do processo de gerenciamento.

No que se refere às dificuldades, foram destacadas pelos entrevistados a problemática da gestão de pessoas e a sobrecarga de trabalho no âmbito das Unidades de Saúde da Família. Essas discussões definiram a primeira subcategoria, como **As dificuldades para a gestão de pessoas e a sobrecarga de trabalho na USF.**

Na segunda subcategoria, denominada **Articulação em rede como desafio para o gerenciamento na USF**, os entrevistados trouxeram como principais desafios para o processo gerencial o entrave da integração entre setores e serviços do sistema de saúde e a falta de integralidade da assistência.

Por fim, na terceira subcategoria apresentaremos as potencialidades e as ferramentas facilitadoras do processo de gerenciamento, segundo os profissionais entrevistados que assumem as atividades gerenciais. Esta subcategoria é identificada como **Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe como facilitadores do processo de gerenciamento.**

4.3.1 As dificuldades para a gestão de pessoas e a sobrecarga de trabalho na USF.

A partir das entrevistas foi possível perceber que no processo de gerenciamento das Unidades de Saúde da Família existem alguns entraves que repercutem diretamente no trabalho diário nesses serviços. Vejamos nos trechos a seguir, uma das principais dificuldades apontadas:

Essa questão de gestão de pessoas eu acho, não é uma facilidade é uma dificuldade. (E9)

É o que eu mais sinto dificuldade hoje aqui [...] é questão de recursos humanos (E5).

Então assim, às vezes a questão da equipe atrapalha esse planejamento, esse gerenciamento, porque tem atividades que refletem alguns membros da equipe [...] (E3).

[...] tem um pouco de dificuldade porque não é fácil lidar com pessoas [...] (E6).

De acordo com a percepção dos entrevistados, a gestão de pessoas representa uma das principais dificuldades no processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família. Para Chiavenato (2008, p. 08), a gestão de pessoas “é a função que permite a colaboração eficaz para alcançar os objetivos organizacionais e individuais”.

Trazendo essa perspectiva para a realidade das unidades de saúde podemos inferir que trabalhar a gestão dos profissionais que compõe a equipe de saúde da família requer dos gerentes²⁵ a capacidade de direcionar os esforços dos indivíduos que compõem essas equipes em prol dos objetivos e metas da Estratégia Saúde da Família. Nesse sentido, quando os problemas relacionados ao processo, relação de trabalho e organização da equipe passa a interferir no cotidiano desses serviços surge à preocupação quanto à capacidade dessas unidades de saúde em garantir o cumprimento dos objetivos e metas da Atenção Básica (AB), e conseqüentemente do SUS.

Maeda e colaboradores (2011) reforçam essa inquietação sobre a dificuldade de lidar com pessoas ao afirmar que nos serviços da AB, os recursos humanos são a essência da capacidade produtiva, representando a maior densidade tecnológica disponibilizada no atendimento das necessidades da população. Sendo assim, os profissionais que atuam no âmbito das unidades de saúde são os elementos essenciais para viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços (MALAGUTTI; BIAGOLINI, 2007).

O processo histórico de desenvolvimento dos recursos humanos para o SUS, em sentido mais amplo, justifica em parte as dificuldades em gerir os trabalhadores da saúde. Desse modo, a questão dos recursos humanos representa até hoje um aspecto crítico na construção do sistema de saúde brasileiro. (MALAGUTTI; BIAGOLINI, 2007; MENDONÇA et al, 2010). Machado (2006, p. 21) solidifica essa ideia ao afirmar que “o SUS passou a década de sua consolidação sem se preocupar com seus trabalhadores, sem elaborar

²⁵Referente a profissionais que assumem as atividades gerencias.

uma efetiva política de Recursos Humanos (RH) compatível com a sua concepção universalista”, gerando conseqüentemente diversos entraves para este setor.

Noronha (2002, pág. 11) cita como problemas que expressam a complexidade da não efetivação de políticas para os recursos humanos a:

má distribuição da força de trabalho, determinada e condicionada pelas desigualdades inter e intraregionais; o processo de formação fundamentado ainda num modelo de ensino que valoriza a formação em ciências básicas; a desarticulação entre as instituições formadoras e de serviços; o ensino dissociado do trabalho e a ausência do controle social na formulação e implementação de políticas específicas.

Essa realidade contextual do SUS também é perpetuada na ESF e conforme apresentam Fernandes, Machado e Anschau (2007), causam a dificuldade da gestão de pessoas no espaço micropolítico das USF. Desse modo, fatores como sobrecarga de atividades; pouco compromisso de alguns; pessoas que não aceitam mudanças; a visão diferente de muitos profissionais; a dificuldade em conseguir contentar a todos; as relações entre membros da equipe; os recursos humanos sem perfil e sem formação para trabalhar no PSF; o pouco tempo disponível para diálogo entre os funcionários; a ausência de um programa de avaliação permanente dos funcionários e um plano de carreira, cargos e salário; a presença de pessoas que não aceitam as limitações dos membros da equipe e de pessoas desmotivadas repercutem negativamente no processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família.

Diante da problemática do processo de gestão de pessoas, Chiavenato (2008) traz três aspectos fundamentais para lidar com essa situação e orientar os profissionais que atuam na condução das ações dos serviços de saúde. O primeiro aspecto refere-se ao fato de que as pessoas são seres humanos dotados de personalidades próprias e diferentes entre si, por isso a adequada gestão de pessoas considera os membros da equipe como possuidores de conhecimentos, habilidades e competências indispensáveis e não como meros recursos para execução do trabalho. O segundo aspecto relaciona-se ao fato de que as pessoas são elementos impulsionadores das organizações e capazes de promover constantes renovações para este meio cheio de mudanças e desafios, por isso devem ser considerados agentes ativos de uma instituição. Por fim, o último aspecto reúne os incentivos - salários adequados, incentivos financeiros, crescimento profissional, carreira, etc. - que devem ser colhidos por meio do

trabalho dos profissionais e contribuem para que estes se reconheçam como parceiros das organizações em que atuam.

Portanto, é possível reconhecer que a gestão de pessoas constitui um desafio para os profissionais que assumem as atividades gerenciais e por depender de ações de diferentes esferas do sistema de saúde necessita de intervenções construídas com o próprio trabalhador, a partir de suas realidades de trabalho e negociações que deve disparar no próprio cotidiano dos serviços, das equipes, da rede, fortalecendo conseqüentemente a efetivação de políticas voltadas à valorização dos trabalhadores de saúde (SANTOS-FILHO, 2007).

O prosseguir da análise das entrevistas nos permitiu identificar outra dificuldade relacionada ao processo de gerenciamento das unidades de saúde. Vejamos nos trechos abaixo, a situação apresentada:

[...] tudo fica a cargo do gerente, tudo que acontece na Unidade fica a cargo do gerente. (E2)

Eu acho que a principal dificuldade é a sobrecarga, porque assim, você fica responsável por todos os atendimentos durante a semana, fora esses atendimentos, você ainda é a gerente da Unidade, então a sobrecarga dificulta. (E6)

O trecho das entrevistas de E2 e E6 expressam a queixa dos profissionais quanto à sobrecarga de atividades relacionadas à função gerencial. Dessa forma, os profissionais que atuam como gerentes assumem várias atividades acumuladas pelo não cumprimento de atribuições pelos demais profissionais da equipe, a exemplo de atividades burocráticas (registro) e de previsão de recursos e materiais.

Nos serviços da AB, tal sobrecarga justifica-se pelas inúmeras atividades gerenciais descritas na análise da primeira categoria deste estudo. Assim, destacamos que além de atuar na gestão de pessoas, estes profissionais também são responsáveis por coordenar reuniões, preencher impressos e documentos de registro da produtividade dos profissionais da unidade de saúde, atuar sob as necessidades de recursos materiais, atuar no território de abrangência da USF, realizar o contato extramuro com a população adscrita, desenvolver atividades de educação em saúde e em serviço, comunicar-se com diferentes setores que compõem a rede de atenção à saúde, atuar no processo de planejamento das ações e outros.

Voltando essa discussão para a perspectiva de uma categoria profissional específica, no caso, para os profissionais com formação superior em enfermagem, também nos deparamos com o impasse relacionado à sobrecarga de trabalho. Vejamos a fala abaixo:

Fazer gerência sozinha é um pouquinho complicado porque quando você não tem alguém que te dê um suporte, [...]você acaba se responsabilizando por todos os problemas que acontecem na Unidade de Saúde[...]além do gerenciamento a gente sabe que os enfermeiros tem outras atribuições na Unidade de Saúde [...].(E7)

A dificuldade de conciliação entre as várias atividades gerenciais citadas e a assistência de enfermagem, identificada no trecho da entrevista de E7, representa segundo Jonas, Rodrigues e Resck (2011) um dos principais conflitos do processo de trabalho²⁶ do profissional enfermeiro (a).

Hausmann e Peduzzi (2009) explicam que este conflito do processo de trabalho, faz com que existam profissionais enfermeiros (as) com bom desempenho na assistência e frágeis no gerenciamento ou o inverso, isso acontece porque os profissionais que estão gerenciando tendem a valorizar esta ação como uma atividade que subsidia a prestação do cuidado, por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um caráter burocrático, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial.

Diante desse impasse, Jonas, Rodrigues e Resck (2011) alertam que é um risco reduzir a gerência à burocracia e que o usuário não pode ficar prejudicado diante das atividades burocráticas no gerenciamento da assistência de enfermagem. Assim, a saída para essa problemática segundo os autores, é a harmonização entre ambas as dimensões (gerência e assistência), com consequente utilização da prática gerencial para garantir a racionalidade da organização, no sentido de assegurar a máxima eficácia possível no alcance dos objetivos desses serviços de saúde.

Nesse sentido, entendemos que o processo de trabalho dos profissionais enfermeiros (as) encontra-se em “uma situação de sobrecarga de atividades [...], gerando muitas vezes, situações de estresse, impotência e exaustão física, o que compromete o seu desempenho profissional” (SILVA; MARTINS, 2009, p.96). Além disso, também consideramos que a dificuldade de conciliação entre a gerência e assistência é mais um desafio a ser superado em função da importância e credibilidade que os profissionais enfermeiros (as) têm conquistado

²⁶Fazendo uma breve reflexão sobre o processo de trabalho desta categoria, entende-se que este é composto de duas dimensões: o processo de trabalho assistencial e o processo de trabalho gerencial. Na primeira dimensão, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem, assim o cuidar caracteriza-se pela observação, o levantamento de dados, o planejamento, a evolução, a avaliação, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos e os de comunicação e interação entre pacientes e trabalhadores da enfermagem; na segunda dimensão, intrínseca a primeira, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos usuários e de desempenho para os trabalhadores (PEDUZZI, ANSELMINI, 2002; WILLIG, LENARDT, 2002; AZZOLIN, 2007).

no sentido de direcionar as ações desenvolvidas, em prol dos objetivos e metas do seu território de atuação.

Por fim, ainda consideramos importante salientar que uma das alternativas para a superação deste desafio, já foi discutida ao longo desse trabalho. Esta alternativa refere-se ao fato de trabalhar o processo de gerenciamento por meio de uma ação compartilhada (co-gestão), propiciando desse modo, a construção dos objetivos e projetos de forma mais participativa, a fim de não sobrecarregar o trabalho do profissional que assume as atividades gerenciais em uma Unidade de Saúde da Família.

4.3.2 Articulação em rede como desafio para o gerenciamento na USF.

Ao chegarmos à discussão sobre os desafios do processo de gerenciamento, somos apresentados à dificuldade de articulação entre os serviços da rede de assistência à saúde, e consequentemente a dificuldade para garantir a integralidade da assistência. Vejamos o que traz o depoimento do entrevistado abaixo:

[...] as limitações que a gente tem em termo de assessoramento com coordenação, ao mesmo tempo que eu noto que minha coordenadora se disponibiliza a estar resolvendo algumas questões, mas ela mesma fica impossibilitada em alguns momentos porque o sistema de uma certa forma não dá todo esse suporte [...](E9)

A fala de E9 revela que as Unidades de Saúde da Família e consequentemente os profissionais que assumem as atividades gerenciais precisam do constante apoio das diferentes instâncias da rede de assistência à saúde para cumprir os seus objetivos e metas. Nesse trecho, fica claro que quando essas relações não estão bem estabelecidas, elas se tornam um fator limitante para o processo de resolução e/ou intervenção sobre problemas da comunidade e consequentemente prejudica a capacidade dos serviços de garantir resolutividade e atenção integral. Dessa forma, ao pensarmos nos termos utilizados pelo entrevistado para descrever este desafio “limitações [...] em termo de assessoramento”; “o sistema [...] não dá todo esse suporte” somos levados a refletir sobre a dificuldade da efetivação da integralidade da assistência no contexto da organização e estruturação do SUS.

A integralidade da assistência à saúde constitui um dos princípios do SUS e compõe o escopo das ações voltadas para garantia da saúde como um direito da população, assegurada pela Constituição Federal de 1988. Através das Leis Orgânicas de Saúde – Leis nº 8080/90 e 8142/90 - que expressam os princípios e diretrizes organizativos para a política nacional de saúde, a integralidade pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a ; BRASIL, 1990b).

Apesar da definição do texto constitucional, Brito-Silva, Bezerra e Tanaka (2012) descrevem que o princípio da integralidade apresenta uma concepção polissêmica, não havendo consenso entre os estudiosos. Daí encontra-se desde definições relacionadas à viabilidade do acesso aos diferentes níveis de atenção, até a articulação dos diferentes serviços de saúde pautadas no acolhimento e vínculo entre usuários e equipes.

Paim e Silva (2010, p.05), contribuem para essa discussão ao afirma que:

a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersectorial.

Tendo em vista os diversos sentidos atribuídos ao termo integralidade, Jairnilson Paim, na entrevista sobre os vinte anos do SUS, expressa a preocupação quanto à aplicabilidade deste princípio no contexto do sistema de saúde e revela que isso tem proporcionado a conjugação de esforços entre grupos acadêmicos e instâncias do SUS, para definir caminhos e superar os desafios da integralidade (VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

Pensando nos esforços dos grupos acadêmicos, destacamos o grupo de pesquisa, Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), o qual desenvolve um trabalho que propõe formas alternativas de se compreender e agir em relação à integralidade. O conceito de integralidade, defendido por este grupo não se restringe a modelos ideais, mas, ao contrário abre espaço para sua natureza polissêmica, construindo a sua concepção pautada nas práticas e nas relações em que pessoas, instituições e serviços possam se reconhecer (LAPPIS, 2013).

No que se refere aos esforços das instâncias do SUS, destaca-se a proposta do Ministério da Saúde, (2011b) sobre a nova organização e estruturação do sistema. Assim, o decreto nº 7508/2011, o qual define o atual modelo de gestão do SUS, regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências sobre estratégias necessárias para consolidação e melhoria permanente do sistema público de saúde.

Dentre as estratégias propostas neste novo modelo de gestão do SUS, destaca-se o estabelecimento das Regiões de Saúde entendidas como espaço geográfico contínuo que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; e também a implantação dos conceitos e concepções acerca das Redes de Atenção à Saúde definidas como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

Ao trazermos essas estratégias para a perspectiva da aplicabilidade da atenção integral no âmbito das Unidades de Saúde da Família, observamos que a concepção de integralidade que se relaciona à organização do sistema de saúde em forma de uma rede regionalizada e hierarquizada, como propõe o decreto, não tem contemplado as reais necessidades dos serviços e conseqüentemente da população, comprometendo a operacionalização da integralidade, o que segundo Lima e colaboradores (2012) pode ser compreendida, em parte, pela falta de cooperação entre os serviços envolvidos.

Dessa forma, a dificuldade de articulação relatada pelo entrevistado, conforme fragmento citado anteriormente, “*limitações [...] em termo de assessoramento*”; “*o sistema [...] não dá todo esse suporte*” já é exposta por Mendes (2011), quando este faz uma crítica à organização de sistema de forma regionalizada e hierarquizada. Segundo este autor, se buscarmos entender o sistema a partir dos conceitos e concepções associados a essas estratégias de organização, como a apresentada em relação à RAS²⁷ como uma rede hierárquica e com níveis de complexidade crescente, perceberemos que o SUS tende a se distanciar da proposta de sistema integrado²⁸ e se aproximar da ideia dos sistemas que são

²⁷Mendes (2011, p.82) define as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

²⁸ [...] sistema integrado de atenção à saúde, organizado através de um conjunto coordenado de pontos de atenção para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. (MENDES, 2011, p.50)

fragmentados²⁹, nos quais existe uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis.

Diante do exposto, podemos inferir que o processo de articulação em rede e a integralidade da assistência permanecem frágeis, mesmo diante de novas estratégias para a modelo de gestão do SUS, sendo necessário repensar os modos como o sistema de saúde e principalmente as Unidades de Saúde da Família conseguirão garantir essa atenção integral e cumprir a sua função e favorecer um atendimento de qualidade para a população.

Ainda em relação ao desafio da articulação em rede, podemos perceber nos fragmentos das entrevistas abaixo que os profissionais sentem-se limitados para intervir sobre as situações, reforçando assim, a importância do estabelecimento de parcerias entre setores e serviços e entre os próprios membros da equipe. Vejamos:

[...] porque tem alguns que não dependem só de mim, depende de setores diversos, VIEP, VISA, da Secretaria Municipal e aí fica difícil e as pessoas as vezes não querem entender. (E5)

[...] não é muito fácil conseguir as coisas, a gente tem que estar ligando, ficar pedindo a coordenação, o secretário, aos ACS e buscando, mas em todos os setores que eu fui, que eu vou sempre consigo resolver os problemas, não de imediato, mas todos os problemas são resolvidos. (E8)

Na fala de E5 observa-se que os profissionais que assumem as atividades gerenciais têm que lidar com a pouca compreensão da comunidade sobre a forma como o sistema está estruturado, fato este que reforça a discussão acerca da falta de participação popular no processo de tomada de decisão.

Entretanto, E8 nos mostra que nesses serviços de saúde o trabalho dos profissionais que assumem as atividades gerenciais necessita do estabelecimento de parcerias, tanto no espaço externo das unidades de saúde, que fica por conta da atuação conjunta entre as USF's, os setores da SMS e de outros serviços que compõem a rede de assistência à saúde, quanto no âmbito interno, por conta do apoio e integração dos próprios profissionais da equipe de saúde

²⁹ O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Esse conceito distorcido de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p.50-51)

da família, com destaque para o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), os quais segundo Mattioni, Budó e Schimith (2011) têm a capacidade de percepção quanto às necessidades da comunidade por estarem em contato constante com a mesma.

Entretanto, não podemos deixar de destacar conforme mostra o fala de E8 “*consigo resolver os problemas, não de imediato*”, que a persistência dos profissionais, o compromisso e a capacidade de comunicação podem ser fatores que vêm contribuindo para mudanças e enfrentamento desse desafio. Desse modo, concordamos com André e Ciampone (2007, p.20) quando estes autores citam habilidades que os profissionais que assumem as atividades gerenciais devem desenvolver para intervir sobre os vários desafios do seu processo de trabalho, tais como:

capacidade de negociação com as instâncias externas da unidade, incluindo desde a hierarquia superior; ter diálogo com a máquina administrativa, diálogo com os funcionários e com a população; persistir; manter um projeto; ter clareza quanto aos objetivos; ter capacidade de construir coletivamente o projeto de trabalho da Unidade.

Por fim, em meio às habilidades apresentadas, não podemos deixar de enfatizar a afirmação de Lima e colaboradores (2012) de que é preciso romper com as práticas há tanto cristalizadas e o modelo assistencial vigente, através do estabelecimento de compromissos entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários na construção de novo caminhos para superar o desafio da articulação em rede e conseqüentemente da integralidade da assistência.

4.3.3 Relacionamento interpessoal e trabalho em equipe como facilitadores do processo de gerenciamento.

Ao analisarmos os aspectos apontados como facilitadores do processo de gerenciamento nos deparamos com o fato de que a maioria dos entrevistados consideram o bom relacionamento interpessoal, no âmbito das Unidades de Saúde da Família, como um fator crucial para o desenvolvimento do trabalho. Os trechos abaixo demonstram essa situação:

[...] gerenciamento, de uma certa forma envolve relacionamento interpessoal e isso aí é um fator primordial, se você não tiver um bom relacionamento interpessoal o seu gerenciamento começa a criar barreiras [...] (E4).

Quando você tem um bom relacionamento em grupo, tudo isso ajuda também no processo da gerência.[...](E6).

Eu acho que existem facilidades quando você tem um bom relacionamento interpessoal, entre os funcionários, entre a equipe. Quando a equipe se relaciona bem a gente encontra facilidades, [...] e a comunidade também (E7).

[...] às vezes a questão interpessoal mesmo [...](E9).

As falas de E4, E6, E7 e E9 revelam a forte influência das questões interpessoais no processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família. Assim, elas representam um fator primordial para o trabalho em equipe e conseqüentemente, para o desenvolvimento das ações no âmbito das unidades de saúde.

Nesse sentido, destacamos que nas unidades de saúde, conforme afirmam Urbanetto e Capella (2004), é imprescindível compreendermos as relações interpessoais e grupais no trabalho com vistas a repensar as relações de natureza apenas pessoal, que muitas vezes predominam.

Partindo dessa perspectiva, ao buscarmos entender o conceito de relacionamento interpessoal e sua aplicabilidade no trabalho dos serviços de saúde, reconhecemos que essa questão e sua inerente dimensão emocional são cruciais para a vida associada, pois são esses processos interativos que formam o conjunto de sistemas e fazem a diferença entre sofrimento e bem-estar, ao definir como a vida social é construída em seu cotidiano (LEITÃO; FORTUNATO; FREITAS, 2006).

Dessa forma, ao considerarmos que o bom relacionamento interpessoal contribui para o processo de gerenciamento, percebemos que é fundamental valorizar o desempenho da equipe de saúde, pois sem o compromisso de todos os trabalhadores, o profissional que assume as atividades gerenciais não conseguirá dar um bom andamento ao serviço e ofertar um atendimento de qualidade à população (WEIRICH et al, 2009).

Ainda em relação à importância do relacionamento interpessoal, podemos perceber através da entrevista de E7 que essas relações, por definir a forma de convivência entre os seres humanos, influenciarão não só as relações de trabalho dentro dos serviços, como também podem significar perdas para a comunidade, no sentido de que na existência de entraves no relacionamento entre os membros da equipe ocorrerá deteriorações nas relações interpessoais, e este fato repercutirá também na degradação das relações sociais e organizacionais (LEITÃO; FORTUNATO; FREITAS, 2006).

Logo, no sentido de garantir a manutenção de uma relação harmoniosa nas equipes de saúde da família, concordamos com Souza (2011) quando esta autora afirma que na ESF é fundamental a definição de papéis entre os membros da equipe para que não haja centralização do trabalho em um só profissional, e sim seja garantida a responsabilização de cada membro para alcançar o objetivo, a consciência da necessidade de avaliação constante dos processos de trabalho, a sensibilidade e a percepção de que o fracasso de um pode significar o fracasso de todos, bem como o sucesso de um é fundamental para o sucesso da equipe.

Aproveitando essa aproximação trazida por Souza (2011), sobre a equipe de saúde, trazemos abaixo fragmentos das entrevistas que indicam o trabalho em equipe também como facilitador do processo de gerenciamento. Vejamos:

[...] a equipe de saúde daqui é bem colaboradora, os agentes comunitários, os técnicos de enfermagem. [...], o ponto positivo é a questão dos recursos humanos da Unidade, da equipe.(E1)

[...] eu vejo facilidades na questão da equipe ser entrosada, unida, isso tudo eu acho que ajuda (E9)

[...] a gente pede, não manda. A gente pede quase que batendo na mesma tecla e dizendo “só funciona se todos nós pegar na alça do caixão”, porque é uma corrente, a partir do momento em que um desvia daquele [...] trabalho, lá na frente não dá certo (E8)

Diante de tais depoimentos, observamos que o trabalho em equipe constitui uma facilidade nestes serviços porque os membros da mesma reúnem características como a união, compromisso, entrosamento e colaboração. Dessa forma, tais aspectos demonstram que o processo produtivo nesses espaços está nas mãos de diversos profissionais, caracterizando assim um processo de trabalho realizado por um conjunto de pessoas que interagem entre si, de tal forma que cada uma influencia e é influenciada pelas outras (ALVES, 2007).

Pereira (2005), fazendo uma reflexão sobre a questão do trabalho em equipe e o papel dos profissionais que assumem as atividades gerenciais, destaca que o modo como esses gerentes desempenham as suas atividades influencia no surgimento de facilidades e dificuldades para intervir sobre os problemas de saúde de forma coletiva, autônoma, com vinculação e corresponsabilização. Dessa forma, concordamos com este autor quando o mesmo afirma que para se atingir as metas estabelecidas nos espaços das USF é necessário que o gerente seja um articulador dos interesses de toda a equipe.

Trazendo essa perspectiva para a realidade estudada, percebe-se, através do uso da expressão “*só funciona se todos nós pegar na alça do caixão*”, que este profissional busca se afastar de um trabalho gerencial que perpetua a simples divisão de tarefas e vai em direção ao projeto de que os profissionais trabalham em equipe para que todos compreendam os objetivos e se unem para alcançá-los (ALVES, 2007).

Ainda em relação, a atuação dos profissionais que assumem as atividades gerenciais na efetivação do trabalho em equipe, Peduzzi e colaboradores (2011), trazem a comunicação, a construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, o estímulo à autonomia das equipes, a definição de responsabilidades, um sistema de prestação de contas de cada equipe, a promoção de mudança da cultura institucional e a supervisão externa, como os instrumentos utilizados pelos mesmos para promoção do trabalho em equipe.

Dentre esses instrumentos, destacamos aqui a comunicação por consideramos um dos fatores mais importante para o trabalho em equipe. Dessa forma, concordamos com Gil (2006) ao afirmar que 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.

Esse fato é de fundamental importância, pois, será esta comunicação que fará com que o grupo deixe de ser um simples aglomerado de profissionais de diversas especificidades, com quase nenhum vínculo e se tornará uma equipe de trabalho, integrado, construindo um sistema de parcerias e complementaridade, onde a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e integral (GIL, 2006).

Portanto, diante dos elementos – trabalho em equipe e relacionamento interpessoal - que emergiram nas entrevistas como facilitadores do processo de gerenciamento, destacamos que o profissional que assume as atividades gerenciais tem uma grande responsabilidade no que se refere à manutenção dessas relações de trabalho, e conseqüentemente na consolidação das práticas de gestão compartilhada e cogestão.

5 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Este estudo analisou o processo de gerenciamento com ênfase no planejamento das ações nas Unidades Saúde da Família (USF) do município de Santo Antônio de Jesus - Ba, tendo em vista que o atual processo de reorganização da Atenção Básica e conseqüentemente da assistência a saúde, através da Estratégia Saúde da Família, tem exigido dos gestores e profissionais esforços e empenho para o desenvolvimento de ações com foco no pleno funcionamento dos serviços e programas de saúde.

Em meio a importância dos processos de gerenciamento e planejamento das ações para a organização e funcionamento dos serviços da AB, destacamos que este estudo permitiu o conhecimento de uma realidade municipal não diferente de outras, no Brasil. Assim, os nossos objetivos foram alcançados e as estratégias metodológicas escolhidas mostraram-se pertinentes para a análise e reflexão crítica sobre os dilemas que surgem no contexto da organização e estruturação do sistema de saúde, principalmente no que tange, a efetividade da Atenção Básica.

Nesta perspectiva, a análise dos achados apontou questões que necessitam ser estudadas e reavaliadas, a exemplo, dos aspectos sobre a formação acadêmica de profissionais de saúde; a construção de estratégias para a gerência na forma de rodízio na gerência ou gerência compartilhada; a organização e estruturação do sistema de forma hierarquizada; a institucionalização do planejamento das ações e outras.

Sobre o processo de gerenciamento, no que tange ao perfil dos profissionais que assumem as funções gerenciais, este estudo revelou que a formação profissional não direcionada para o ensino de administração de serviço de saúde e a pouca ou nenhuma experiência dos profissionais acerca da realidade foram os fatores que influenciaram negativamente no entendimento e no modo de execução das responsabilidades gerenciais. Entretanto, neste contexto, os profissionais com formação superior em enfermagem se destacaram na função, por terem uma formação que contempla conteúdos da administração de serviços de saúde. Além disso, outra questão que despontou sobre o perfil gerencial, foi o uso das competências gerenciais, comunicação e liderança no dia-a-dia das Unidades de Saúde.

Quanto às atividades gerenciais, reconhecidas como essenciais para a organização e funcionamento da USF, os achados das entrevistas levaram ao entendimento do processo de

gerenciamento como uma atividade burocrática dependente de processos de comunicação e articulação entre setores da rede de assistência a saúde.

Uma questão interessante que emergiu deste estudo foi o entendimento da gerência enquanto processo contínuo e permanente e a ser executada através de dinâmicas como o rodízio trimestral entre cirurgiões(ãs)-dentistas e enfermeira(o) ou na forma de gerência compartilhada e/ou em conjunto. Porém, diante dessas iniciativas, vale destacar que esta última caracterizou-se como uma dinâmica de divisão de tarefas, em detrimento da corresponsabilização do processo de tomada de decisão, proposto pela gestão compartilhada.

Neste estudo, como os âmbitos das USF's caracterizaram-se como espaços micropolíticos influenciados por variáveis múltiplas, identificamos através da análise dos achados, aspectos negativos como as dificuldades de lidar com a sobrecarga de trabalho e a gestão de pessoas, assim como o desafio da garantia da integralidade da assistência, por conta da deficiência da articulação dos serviços da rede de assistência à saúde. Porém, não podemos deixar de destacar que também emergiram das entrevistas as potencialidades do processo gerencial, através do trabalho em equipe e do bom relacionamento interpessoal.

No que se refere ao processo de planejamento, o qual foi ponto chave deste estudo, constatamos que este era adotado como instrumento do processo de gerenciamento no qual estão inseridos atores sociais, sendo fundamental para evitar improvisações e favorecer o fortalecimento e consolidação da ESF, na reorganização da Atenção Básica. Nesta perspectiva, a ênfase quanto ao uso do planejamento, partiu do princípio de que as práticas de saúde nas USF's permanecem enraizadas na forma de planejamento tradicional, voltado para o cumprimento das metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, deixando, conseqüentemente, de desenvolver um pensamento e visão crítica acerca das necessidades do território e da população, como proposto pelo planejamento estratégico.

Outros aspectos que surgiram, relacionados ao processo de planejamento nos serviços da AB, foram o uso das reuniões com participação dos membros da equipe de saúde da família, para traçar planos; a consulta e escuta da população por intermédio dos ACS, os quais são fortes aliados na construção e desenvolvimento da prática gerencial; a influência do tempo como elemento chave para trabalhar com as demandas e por fim, a determinação do planejamento também como um processo contínuo e permanente.

Dessa forma, diante das perspectivas apresentadas, pontuamos que trabalhar a associação entre gerência e planejamento das ações no espaço micropolítico das USF's, representou um desafio, tendo em vista que essas temáticas são amplas e repletas de considerações acerca do seu uso e aplicabilidade no sentido de promover mudanças no

modelo de atenção à saúde. Dessa forma, entendemos que as discussões aqui propostas não encerram as possibilidades de entendimento sobre estes processos, e por isso sugerimos a realização de novos estudos que contemple aspectos como: a recomendação da atual equipe de gestores da Secretaria Municipal de Saúde (2013-2016), associando a gerência como atribuição dos profissionais enfermeiros(as); a verificação do uso de outras funções administrativas - organização, direção, controle e avaliação - no processo de gerenciamento; e a participação popular e dos ACS no processo gerencial.

Além disso, ainda consideramos importante salientar, que estando a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) inserida no contexto da formação de profissionais de saúde, ela tem a missão de ser uma das instâncias corresponsáveis pela formação de profissionais que atendam as atuais necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, este estudo contribuiu para minha formação profissional, pois ao aproximar-me das atuais demandas do mercado de trabalho e das lacunas do conhecimento na área de gerenciamento de serviços de saúde, me estimula a continuar os estudos sobre o tema e investir em propostas educativas voltadas para a meu desenvolvimento e qualificação como recurso humano direcionado para as perspectivas e dilemas do SUS, e mais especificamente da Estratégia Saúde da Família.

Por fim, salientamos que mesmo em meio aos impasses do sistema de saúde, os profissionais que assumem as atividades gerenciais e os membros da equipe de saúde da família devem utilizar habilidades, atitudes, conhecimentos e suas experiências para assumir o compromisso da construção de novos caminhos, os quais superem os desafios e garantam a população uma assistência pautada na integralidade, universalidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.A.R. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p 111-122

ALVES, M; PENNA, C.M.M; BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, Aug. 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

ANDRÉ, A.M; CIAMPONE, M.H.T. Desafios para gestão de unidades básicas de saúde. **Rev. adm. saúde**. Vol.9, Nº 34 - Jan-Mar, 2007. Disponível em: <http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/> Acesso em: 16 mai. 2013.

AULETE, C. **Dicionário da Língua Portuguesa** [online] 2013. Disponível em: <http://aulete.uol.com.br/>. Acesso em: 20 mai. 2013.

AZEVEDO, C. S. Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, June 1992 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 10 mai. 2013.

AZZOLIN GMC. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem: a articulação na visão de docentes** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/Universidade de São Paulo; 2007. 149f.

BRASIL. Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011a. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 204, 24 out 2011 Seção 1, p. 48 a 55.

_____. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/>. Acesso em: 19 mai. 2013.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 a. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 b. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 16 abr. 2012.

_____. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 15 mai 2013.

_____. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128600/lei-5081-66>. Acesso em: 15 mai 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2013**. Esplanada dos Ministérios. Bloco G - Brasília/DF. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 14 mai. 2013.

_____. _____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 : regulamentação da Lei nº 8.080/90** . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência**

à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 1979. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, A. F. B; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, Mar. 2012 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em : 16 mai 2013.

BÔAS, L. V.; LIBERALINO, F. N.; MOTA, M. L. B. Gerenciando o cuidado de enfermagem na rede básica de saúde: relato de experiência, 1998. In: PETERLINI, O. L. G. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

BENITO, G. A. V. et al . Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, Dec. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em : 03 de jun de 2012.

BENITO, G. A. V; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 18 mai 2013.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em : 10 abr. 2013.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI, E. L. S. Formação de recursos humanos para a estratégia de saúde da família. **Ciênc. cuid. saúde**;7(1):45-52, jan.-mar. 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/>. Acesso em: 02 mai 2013.

CAMPOS, F. C. C. **Planejamento e avaliação das ações em saúde/** - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão**. São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 abr. 2013.

CAMPOS, G.W.S; MERHY, E.E; NUNES E.D. Planejamento sem normas, 1994. In: ERMEL, R C; FRACOLLI, L A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo. vol.37, n.2, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/11.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2012.

CARTA DE OTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1986 Nov 17-21. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2012.

CASTRO, A L B; MACHADO, C V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, Apr. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 jun. 2012.

CECÍLIO, L C O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 22 mai 2013.

CHIAVENATO, I. Teoria neoclássica da administração: definindo o papel do administrador. In: _____ **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7ª Ed. ver. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

_____. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. – 3ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CHIESA, A. M. ; KON, R. . Compreensão do território: instrumento de gestão em atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 37-53

CHORNY, A. H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

_____. H; KUSCHNIR, R; TAVEIRA. M. Planejamento e programação em saúde. FIOCRUZ. **Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP/ 2008.

CNES Net. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimentos Cadastrados no Estado BAHIA. 2012**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista>. Acesso em: 16 abr 2012.

DAVINI MC. Practicas laborales en los servicios de salud: lãs condiciones del aprendizaje. In: HADDAD JQ, ROSCHKE MAC, DAVINI MC, (Edit). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 109-25.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 1988 Abr 5-9. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2012.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde . 1978 Sep 6-12. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf. Acesso em: 03 de jun. de 2012

DUSSALT G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências,1992. In: RAMIRES, E. P; LOURENÇÃO, L. G; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arq. ciênc. saúde**, São Paulo;11(4):205-209, jan.-mar. 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf. Acesso em: 20 mai. 2012.

ERMEL, R C ; FRACOLLI, L A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Rev. esc. enferm. USP** . São Paulo. vol.37, n.2, Jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/11.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2012.

ESCOREL, S. et al . O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

FEKETE, M. C. Bases conceituais e metodológicas do planejamento em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em : 20 Maio 2012.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M.; Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-18.

FERREIRA, F.W. Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança. Rios de Janeiro. Paz e Terra, 1981, 157 p. In: PAIM, J.S. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: CAMPOS, et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**, 2.ed. São Paulo SP: Hucitec, 2008., p 767 – 782.

FREITAS, S. F. T; CALVO, M. C. M; LACERDA, J. T. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Oct. 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em : 18 mai. 2013.

FRACOLLI, L. A; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Sept. 2001 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 22 abr. 2013.

GIL, A.C. Como classificar as pesquisas ? . In: GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. p 41-57.

GIL, C.R.R. **Práticas profissionais em saúde da família: Expressões de um cotidiano em construção**. [Tese doutorado] .Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo>> . Acesso em: 03 de jun. 2012.

_____. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, Mar. 1991 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> . Acesso em: 07 mai. 2013.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009, p.79 – 107.

GOTTEMS, L B D; PIRES, M R G M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, June 2009. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 03 jun. 2012.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dec. 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em : 30 abr. 2013.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 14 mai. 2013.

HEIDMANN, I T.S. et al . Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, June 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 03 jun. 2012.

HILLEBOE, H. et al. El método CENDES-OPS. In: Métodos de planificación sanitaria nacional. Cuadernos de Salud Pública, 46, Washington D.C., 1975. In: TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org). **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências**. Salvador : EDUFBA, 2010, p 17-32.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292870>. Acesso em: 14 mai. 2013.

JONAS, L., RODRIGUES, H., RESCK, Z. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista de APS**, América do Norte, 14, mar. 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/977/443>. Acesso em: 14 mai. 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, Sept. 1990 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 10 abr. 2013

LACERDA, J.T et al . Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 22 abr. 2013.

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE – LAPPIS, 2013. **Noção de integralidade**. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/site/o-que-fazemos/linhas-de-atuacao/268-integralidade.html>. Acesso em : 15 mai. 2013.

LEITÃO, S.P; FORTUNATO, G; FREITAS, A. S. Relacionamentos interpessoais e emoções nas organizações: uma visão biológica. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, Oct. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 mai. 2013.

LIMA, I.F.S et al . Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, Aug. 2012 . Disponível em :<<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 16 mai 2013.

LIRA, W. S et al . A busca e o uso da informação nas organizações. **Perspect. ciênc. inf.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, Apr. 2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 09 abr. 2013.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

MENDONÇA, M. H. M. et al . Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 14 mai 2013.

MAEDA, S. T. et al . Recursos humanos na atenção básica: investimento e força propulsora de produção. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, Dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 11 mai 2013.

MANENTI, S. A. et al . O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, June 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 18 mai 2013.

MALAGUTTI, W.; BIAGOLINI, R. E. M. Gerenciamento de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e a enfermagem. In: SANTOS, A. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. de (org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2006,

p.166-197.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTIONI, F. C; BUDO, M L D; SCHIMITH, M D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, June 2011 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em 16 mai. 2013.

MATTOS, R. A. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em : 16 jun. 2012.

MATOS-SANTANA, R. **Planejamento estratégico no gerenciamento clínico de enfermagem**. 2001 .172 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia / Universidade Estadual da Santa Cruz. Disponível em: www.biblioteca.uesc.br/biblioteca/bdtd/733808418D.pdf. Acesso em: 03 jun. 2012.

MATUS, C., **Adios, Señor Presidente**. 1ª edição. Santiago, Chile: Editora Altadir,1989.

_____. **O Plano como Aposta**. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991

_____. Planificación, Política y Gobierno. OPS, Washington D. C., 1987. 768p. In: TEIXEIRA, C.F(Org). **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências**. Salvador : EDUFBA, 2010. p. 17 – 32.

_____. Os recursos de Cálculo do Planejamento e o Governo de Situações. In: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993a, 2 v. 590. p 27 -34.

_____. Eu planejo Tu planejas. In: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993b, 2 v. 590. p 27 -34.

_____. O tempo no Planejamento. . In: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993c, 2 v. 590. p 63-69.

MENDES, E. V. **Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

_____. **As redes de atenção à saúde.** / Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.549

MERHY E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde In: MERHY E. E; ONOCKO R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** Hucitec. Série didática. 1997, p 2-34.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. (org.) **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade.** Editora Hucitec/ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p.117-149.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 28ª edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, S.M.R. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007. p 81-110

MISHIMA SM, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública,1997. In : MELO, MLC; NASCIMENTO, M. A. A. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, Dec. 2003 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 03 jun 2012.

_____. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. spe, Apr. 1996 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 09 Apr. 2013.

NORONHA, A.B et al. Formação profissional em saúde. **Radis.** Comunicação em Saúde. nº 03. Rio de Janeiro, Mangueiras. Outubro, 2002. p 11-17.

OLINDA Q.B, SILVA C.A.B. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as Políticas Sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.** Fortaleza, v.20, n.2, 2007; 2065-67. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc>. Acesso em: 03 jun 2012.

PAIM, J.S et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet. Saúde no Brasil**. Vol. 377. Nº. 9779. p 9-31. 2011. Disponível em: www.thelancet.com. Acesso em: 30 abr. 2012.

_____; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**. v.12, n.2. São Paulo. Ago. 2010. Disponível em : <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

PASCHOAL A.S; MANTOVANI, M.F; MÉIER, M.J Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(3):478-84. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 02 mai 2012.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, Dec. 2006 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 Maio 2012.

PAZ, C.R.P; LAWAND,P.E; MALAGUTTI,W. Informação para o gerenciamento dos serviços de saúde. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007b. p 271 – 308do .

PEDUZZI, M. et al . Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011 . Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo>> . Acesso em: 17 mai 2013.

_____. ; ANSEMI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado **Rev. bras. enferm**;55(4):392-398, jul.-ago. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/. Acesso em: 15 abr 2012.

PEREIRA SA. **Modos de gerenciar cuidado e serviço no Programa Saúde da Família em Belo Horizonte** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005. 184f

PERES, A M; CIAMPONE, MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, Sept. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 jun. 2012.

PÊSSOA, L.R (Org). Gestão do processo de trabalho em saúde. In: Pessoa L.R; Santos E.H.A; Torres K.R.B.O (Org.) **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde** – Rio de Janeiro, Ensp, 2011.

PETERLINI, O. L. G. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS. Secretaria de Saúde. Disponível em: <http://www.prefeiturasaj.ba.gov.br>. Acesso em: 03 jun. 2012.

PUCCIA, M.I.R. O enfermeiro como assessor federal, estadual e municipal. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007b. p 63 – 80.

RAMIRES, E. P; LOURENÇÃO, L. G; SANTOS, M. R. Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências. **Arq. ciênc. saúde**, São Paulo;11(4):205-209, jan.-mar. 2004. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/02%20-%20id%2045.pdf. Acesso em: 20 mai. 2012.

RESOLUÇÃO Nº 196 DE 10 DE OUTUBRO DE 1996. Dispõe normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 30 abr. 2012

RIVERA, F.J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

RODRIGUES, R., ANDERSON, M. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Santa Catarina, Mai. 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/247/196>>. Acesso em: 21 abr. 2012.

ROLIM, L. F. Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica. 123fls. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, 2003. In: TEIXEIRA, C. F. Enfoques teóricos metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, p 17-32.

SALIBA, N. A. et al . Percepção do cirurgião-dentista sobre formação profissional e dificuldades de inserção no mercado de trabalho. **Rev. odontol. UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 5, Oct. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18 mai. 2013.

SALUM NC, PRADO M. Educação continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador(a) de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** V. 9, p.298-311, 2000.

SANTANA, R.M; TAHARA, A.T.S. O planejamento como prática histórica. In: SANTANA, R.M; TAHARA, A.T.S. **Planejamento em enfermagem: aplicação do Processo de enfermagem na prática administrativa.** Ilhéus: Editus, 2008a, p 15 – 17.

_____._____.Planejamento normativo e estratégico. In: SANTANA, R.M; TAHARA, A.T.S. **Planejamento em enfermagem: aplicação do Processo de enfermagem na prática administrativa.** Ilhéus: Editus, 2008b, p 23 – 25.

_____._____.Planejamento em Saúde na América Latina. In: SANTANA, R.M; TAHARA, A.T.S. **Planejamento em enfermagem: aplicação do Processo de enfermagem na prática administrativa.** Ilhéus: Editus, 2008c, p 18 – 22

SANTOS, A.S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importantes. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.)**A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007a. p 02-38.

SANTOS, A.S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.)**A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007b. p 41-62.

SANTOS, L.P.G.S; FRACOLLI, L.A. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde.**Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. >. Acesso em 20 mai 2013.

SANTOS- FILHO, S.B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2007a. p.61-71.

SELLTIZ, C. et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais, 1967 In: GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas,2002. p 41-57.

SILVA, C.P; MARTINS, K.M.C. Processo de trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família: Dilemas e perspectivas. **SANARE**, Sobral,v.8,n.2,p.91-101,jul./dez.2009. Disponível em: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/23>. Acesso em: 14 mai. 2013.

SILVA, J.M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2006.

SIMÕES. R.P. **Relações públicas: função política.** 6ª ed. São Paulo, São Paulo. Summus Editorial, 1995.

SOARES, R., RAUPP, B.. Gestão compartilhada: análise e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, América do Norte, 12, nov. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php>. Acesso em: 22 mai. 2013.

SOUZA, M. Karla B. **Gestão do SUS municipal no contexto da descentralização: perspectiva de enfermeiras.** 2007. 104 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SOUZA, R. A. **As relações interpessoais entre os profissionais de uma unidade de saúde da família, no distrito sanitário IV, Município do Recife.** / Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. — Recife: 48 p.: il, 2011.

SPERANDIO, A.M. G et al . Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 03 jun. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>. Acesso em: 03 junho 2012.

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em 21 mai. 2013.

_____; TAMAKI, E M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 7 jun 2012.

TEIXEIRA M. et al. Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS, 1996. In: SANTOS, A. S. ; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde.** Barueri: Manole, 2007a. p 02-38.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: ISC, 2001.

_____. Enfoques Teóricos-Metodológicos do Planejamento em Saúde, 2010. In: TEIXEIRA, C.F(Org). **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências**. Salvador : EDUFBA, 2010. p. 17 – 32.

_____. JESUS, W.L.A. Correntes de pensamento em Planejamento de Saúde no Brasil, 2010. In: TEIXEIRA, C.F(Org). **Planejamento em saúde : conceitos, métodos e experiências**. Salvador : EDUFBA, 2010. p. 33- 50.

_____. SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online].Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. Sala de aula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em : <<http://books.scielo.org>>.Acesso em: 15 mai 2013.

TRALDI, M.C. Aspectos relevantes no ensino de administração em enfermagem: gestão em atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.)**A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p 417 – 433.

TANCREDI,F.B; BARRIOS,S.R.L; FERREIRA, J.H.G. . **Planejamento em Saúde**, volume 2 (Série Saúde & Cidadania)/ – São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

URBANETTO, J.S; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, Aug. 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 17 mai. 2013.

URIBE RIVERA, F. J. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, Jan. 1989 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> .>. Acesso em 07 mai. 2013

VAITSMAN, J; MOREIRA, R; COSTA, N R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 Maio 2012.

VIANA, L.A.C. Processo Saúde-Doença. In: **Especialização em Saúde da Família**. UNASUS. UNIFESP. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br>. Acesso em: 05 abr 2013.

VILASBÔAS, A. L.Q. **Planejamento e Programação das Ações de Vigilância em Saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004

XAVIER-GOMES, L. M; BARBOSA, T. L. A. Trabalho das enfermeiras-gerentes e a sua formação profissional. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Nov. 2011 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 30 Apr. 2013

XIMENES -NETO, F.R.G; COELHO-SAMPAIO, J.J.C. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família . **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), 11 (22): 76-91, enero-junio de 2012. Disponível em: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mai 2013.

WEIRICH, C. F. et al . O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em : 17 mai 2013.

WILLIG MH, LENARDT MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enf.** 2002 jan/jun;7(1):23-9. Disponível em: <http://bases.bireme.br> Acesso em: 15 abr 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A– Instrumento de coleta de dados: Roteiro de entrevista

Entrevista nº _____

1. Perfil do entrevistado

1.1 Idade _____ anos

1.2 Sexo () masculino ()feminino

1.3 Formação profissional _____

1.4 Tempo de formação _____

1.5 Tempo de atuação na ESF _____

1.6 Experiência profissional em gerenciamento () sim () não

Se sim, quanto tempo: _____ (anos, meses)

1.7 Tempo de desenvolvimento de atividades gerenciais nesta unidade _____

1.8 Curso na área de gerenciamento () sim () não

2. Questões

2.1 Como se dá o processo de gerenciamento na Unidade que você trabalha?

2.2 Comente sobre sua experiência enquanto gerente dessa Unidade?

2.3 Como o planejamento é utilizado na sua atuação gerencial?

2.4 Descreva facilidades no processo de gerenciamento

2.5 Descreva dificuldades no processo de gerenciamento

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Mariluce Karla Bomfim Souza, pesquisadora responsável e Michele de Araújo de Jesus, pesquisadora colaboradora viemos por meio deste Termo, convidar-lhe para participar, como entrevistado, da pesquisa de campo intitulada “O processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações”, que tem como objetivo: analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. Este estudo justifica-se pela necessidade de consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, exigindo dos gestores e profissionais esforços e empenho para o gerenciamento e planejamento das ações que garantem o pleno funcionamento dos serviços e programas de saúde e conseqüentemente, atendem as demandas da população. O local da realização da coleta de dados serão as Unidades de Saúde da Família, deste município. Os resultados obtidos com esta pesquisa poderão auxiliar na identificação de alternativas que ofereçam subsídios para o desenvolvimento das funções gerenciais, de modo a melhorar o processo de trabalho e a qualidade de saúde para os usuários. Qualquer dúvida referente a este estudo, antes, durante e após a sua realização, pode ser esclarecida entrando em contato com ambas as pesquisadoras, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciência da Saúde. Carlos Amaral, nº. 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA – Brasil. Telefone: (075) 3632-4629. Caso, você concorde, sua participação se dará por meio de entrevista, cujas informações fornecidas por você serão de caráter confidencial. Os resultados deste estudo serão discutidos e divulgados apenas no meio acadêmico e científico, assegurando-lhe que sua identidade jamais será revelada, de modo a garantir o anonimato. Considerando o risco de constrangimento, é garantida a sua liberdade de recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que haja penalizações ou prejuízos a sua função. Você não receberá qualquer incentivo financeiro ou terá qualquer gasto ao participar deste estudo. O áudio das entrevistas e as transcrições da mesma serão mantidos por um período de cinco anos no gabinete 25 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Avenida Carlos Amaral, nº. 1015, Cajueiro, Santo Antônio de Jesus-Bahia, CEP: 44570-000) e após este período será destruído. Ao concordar em participar deste estudo, você assinará duas vias desse termo, sendo que, uma ficará com a pesquisadora e a outra com você.

Santo Antônio de Jesus, de de 2012.

Assinatura do Participante

Mariluce Karla Bomfim de Souza
Pesquisador(a) responsável

Michele de Araújo de Jesus
Pesquisador(a) colaboradora

APÊNDICE C–Ofício enviado à Coordenação de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus - BA.



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Ciências da Saúde

Santo Antonio de Jesus, 11 de julho de 2012.

À Tatiane Couto

CIES

Encaminho Projeto de Pesquisa intitulado **O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES** referente a Trabalho de Conclusão de Curso da discente Michele de Araújo de Jesus para ser apreciado a fim de que possamos realizar a coleta de dados nos espaços das unidades de saúde neste município. Este estudo que buscará analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia, tem como orientador a docente Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Desde já reitero minha elevada estima e agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente,

Mariluce Karla Bomfim de Souza
Professora Adjunta - Saúde Coletiva
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Universidade Federal do Recôncavo Baiano – UFRB

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

Pesquisador: Mariluce karla Bomfim de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05314112.3.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 156.008

Data da Relatoria: 07/12/2012

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa que terá como objetivo geral deste estudo: analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia. E como objetivos específicos: conhecer o perfil dos profissionais que assumem a gerência das USF do município de Santo Antônio de Jesus;

identificar atividades desempenhadas pelos gerentes para o planejamento das ações na USF; identificar as facilidades e dificuldades do processo de gerenciamento na USF. Utilizaremos como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada a profissionais que assume a gerência em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia. Todos os critérios éticos serão respeitados de acordo com a Resolução 196/96".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil dos profissionais que assumem a gerência das USF do município de Santo Antônio de Jesus; identificar atividades desempenhadas pelos gerentes para o planejamento das ações na USF; identificar as facilidades e dificuldades do processo de gerenciamento na USF".

Endereço: S/N

Bairro: S/N

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a possibilidade de ocorrer constrangimento e/ou exposição do participante da pesquisa, durante qualquer momento de realização deste estudo. Por esse motivo, serão garantidas as definições da Resolução 196/96, relacionada à manutenção da integridade profissional, física, psíquica, moral, intelectual, social e cultural do participante e respeitada a autonomia do sujeito.

Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados principalmente a possibilidade de se obter conhecimentos, através da análise das dimensões do processo de gerenciamento e planejamento nas USF_s do município de Santo Antônio de Jesus, e da reflexão sobre as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais que assumem a gerência. Além disso, os resultados do mesmo poderão auxiliar na identificação de alternativas que

ofereçam subsídios para o desenvolvimento das funções gerenciais, de modo a melhorar o processo de trabalho e garantir a qualidade de saúde para os usuários".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem mérito científico por poder "auxiliar na identificação de alternativas que ofereçam subsídios para o desenvolvimento das funções gerenciais, de modo a melhorar o processo de trabalho e a qualidade de saúde para os usuários".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões:

No TCLE:

-Inserir espaço para assinatura da pesquisadora colaboradora, bem como forma de contato da mesma.

-Informar local da realização da coleta dos dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluimos, após apresentação das respostas das pendências, que o projeto de pesquisa encontra-se adequado as orientações da Resolução 196/96 (Versão 2012).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: S/N

Bairro: S/N

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da resolução 196/96 (versão 2012). Informamos às pesquisadoras que as sugestões apresentadas devem ser inseridas no TCLE antes da coleta de dados.

CRUZ DAS ALMAS, 27 de Novembro de 2012

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: S/N

Bairro: S/N

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

ANEXO B – Carta de Apresentação do projeto



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Santo Antônio de Jesus, 05 de dezembro de 2012.

Encaminho a estudante do curso de Enfermagem, **Michele de Araújo de Jesus**, para realizar uma coleta de dados nas **USF da zona urbana**, da pesquisa intitulada “**O processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações**”, sob orientação da **Prof.^a Dr^a Mariluce Karla Bomfim de Souza**.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, analisar o processo de gerenciamento na Estratégia Saúde da Família com ênfase no planejamento das ações em Unidades de Saúde da Família no município de Santo Antonio de Jesus-BA.

A pesquisadora deverá contactar com os gerentes das equipes para apresentar o projeto e agendar um horário que não interfira na rotina de trabalho da USF. **Saliento que, conforme a Resolução 196/96, nenhum ser humano é obrigado a participar de qualquer pesquisa, portanto, participarão desta, apenas, quem der o consentimento livre e esclarecido.**

Atenciosamente,

TATIANE SANTOS COUTO DE ALMEIDA
Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Ilm^o. Sr^o.:

Rua A – Quinta do Inglês – Centro Médico Cajaíba, no. 87 – Sala 203 – 2.º andar
Santo Antônio de Jesus – BA – CEP: 44572-055
E-mail: sajsaude@mma.com.br - Telefax: (75) 3632-4482/4491-4538/4634