

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO

**GESTÃO EM SAÚDE
E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Juliana Ribeiro de Lima

Seropédica - RJ
2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE
JANEIRO**
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**GESTÃO EM SAÚDE
E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA**

JULIANA RIBEIRO DE LIMA
Sob orientação da Professora Doutora
Valéria Marques de Oliveira

Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção do
grau de Mestre ao Programa de
Pós-graduação em Psicologia da
Universidade Federal Rural do
Rio de Janeiro

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L732 g LIMA, JULIANA RIBEIRO DE , 1997-
GESTÃO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO
BÁSICA / JULIANA RIBEIRO DE LIMA. - SÃO PAULO, 2024.
82 f.

Orientador: VALÉRIA MARQUES DE OLIVEIRA.
Dissertação(Mestrado). -- Universidade Federal Rural
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em
Psicologia, 2024.

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE. 2. ATENÇÃO BÁSICA. 3.
GESTÃO EM SAÚDE. I. OLIVEIRA, VALÉRIA MARQUES DE , 1963
, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. Programa de Pós-graduação em Psicologia III.
Título.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

GESTÃO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

JULIANA RIBEIRO DE LIMA

Dissertação aprovada como requisito parcial para aquisição de
Título de Mestre em Psicologia na data de 12 de julho de 2024

Documento assinado digitalmente
 VALÉRIA MARQUES DE OLIVEIRA
Data: 12/07/2024 16:27:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.a Dra. Valéria Marques de Oliveira - UFRRJ
Presidente da banca - Orientadora

Documento assinado digitalmente
 LILIAN MARIA BORGES
Data: 12/07/2024 18:33:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.a Dra. Lilian Maria Borges - UFRRJ
Membro interno

Documento assinado digitalmente
 YLDRY SOUZA RAMOS QUEIROZ PESSOA
Data: 12/07/2024 19:38:25-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.a Dra. Yldry Souza Ramos Queiroz Pessoa - UFMA
Membro externo

Documento assinado digitalmente
 EDNEUSA LIMA SILVA
Data: 13/07/2024 00:17:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.a Dra. Edneusa Lima Silva - AEDB
Membro externo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que são meus principais incentivadores e fortalecedores. E, também, aos profissionais que fazem o Sistema Único de Saúde acontecer mesmo em meio às adversidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à espiritualidade, pela companhia e proteção no caminho, o qual não foi fácil, mas que me tornou a pessoa-psicóloga-pesquisadora que sou hoje, com desejos, acertos e falhas. Também agradeço à minha versão do passado por não desistir, por enfrentar desafios mesmo com medo, por tomar iniciativas quando necessário mesmo me sentindo inadequada e por resistir quando doeu.

Agradeço à minha mãe, Vanderleia, e ao meu pai, José, por sempre me incentivarem a estudar, e a minha família como um todo, mas em especial à tia Vanda e meu avô Ananias, que não estão mais neste plano, e à minha avó Josefa - que já não se recorda de muito - pelo apoio desde a graduação. Essa conquista e as próximas não são só minhas!

Quanto aos amigos, a lista é longa, e ainda bem! Por isso e para não correr o risco de não mencionar alguém, faço um agradecimento geral a todos que em algum momento cruzaram a minha caminhada e me mostraram a beleza do viver e a beleza do meu viver, porque muitas vezes eu me esqueço, infelizmente. Não fossem os queridos amigos, com quem eu dividiria minhas angústias e medos? Não fossem os pacientes amigos, com quem eu falaria por horas e horas sobre a minha pesquisa? Não fossem os sábios amigos, de onde viria uma nova injeção de ânimo a cada tempestade? Eu sou muito grata!

Pesquisa não se faz sozinho, então teço agradecimentos ao meu grupo de pesquisa pelo suporte nos momentos de indecisão. Menciono carinhosamente minha querida Elen Mara, sem ela me orientando desde o pré-projeto para o processo seletivo talvez esse trabalho não existisse. Nossa líder e orientadora, Valéria, me presenteou com a possibilidade de pesquisar e fazer parte de momentos tão lindos e ricos, e por todas essas portas abertas eu serei eternamente grata. Para além do grupo de pesquisa, é necessário mencionar a professora Lilian, que desde a graduação, com as monitorias e o meu TCC, e agora com o estágio docente, sempre me mostrou que eu tenho as ferramentas para me qualificar e ser professora. Muito obrigada por acreditar em mim!

Eu agradeço à UFRRJ pela história que estamos construindo desde junho de 2016, e agradeço ao DEPSI e ao nosso PPGPSI pela construção diária da graduação e da pós-graduação em psicologia na Baixada Fluminense, as quais possuem impacto no território e relevância. Ainda, agradeço ao PROAP pelo incentivo para participação em eventos acadêmicos na Argentina e em Brasília, os quais, sem dúvidas, mudaram a minha

trajetória como pessoa, profissional e pesquisadora.

Agradeço às profissionais que participaram dessa pesquisa e, assim, me ajudaram a contribuir na luta pela ciência, pela educação pública de qualidade e pelo Sistema Único de Saúde, e que a partir de suas narrativas me reforçaram o brilho nos olhos com o SUS que funciona e é feito de gente e para (a) gente.

Em tempo, agradeço aos membros da banca que trouxeram contribuições valiosas na qualificação e certamente assim o farão também na defesa desta dissertação. Agradeço por aceitarem o convite e se disporem a partilhar deste momento de troca.

Por fim, agradeço à CAPES e CNPq por fortalecerem o conhecimento científico, financiando a realização desta pesquisa.

Cabe a nós profissionais técnicos associados com a sociedade brasileira, não divorciados [dela]

Nós temos que romper o muro e o fosso do setor de saúde e abrir canais de comunicação com a sociedade brasileira. Inclusive aprender a falar com ela. Nós temos que começar a transformar nossa linguagem e a mudar o nosso ouvido para que quando uma sociedade-bairro, um sindicato fale, a gente entenda.

E que quando a gente consiga falar que é importante acabar com as doenças transmissíveis nesse país isso possa ser dito de uma forma simples e objetiva para que o nosso povo entenda.

Sérgio Arouca (1986).

LIMA, Juliana Ribeiro de. **Gestão em Saúde e as Relações de Trabalho na Atenção Básica.** (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Marques de Oliveira. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica/RJ, 2024.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo compreender o papel do gestor de atenção básica através de seu trabalho de gestão em saúde e de sua interação com os demais trabalhadores da saúde no contexto de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. Para tal, realizou-se revisão de literatura, pesquisa descritiva e entrevistas guiadas por roteiro semi-estruturado com gestoras de duas unidades básicas de saúde do mesmo município, com o intuito de descrever o processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no município, identificar fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores e discutir a construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da atenção básica. Junto a isso, o diário de campo compôs o grupo de materiais para análise. As entrevistas foram transcritas e os dados obtidos a partir das transcrições foram analisados junto ao diário de campo à luz da Análise Narrativa Dialógica Emancipatória. Como resultados, foram obtidas as macrocategorias Dados sociodemográficos e profissiográficos, Formação e contexto de atuação na atenção básica, Construção como profissional de saúde-enfermeira-gestora, Interação Gestora-Equipe, Aspectos precarizados do trabalho em Atenção Básica, Características do Território, Práticas gerenciais, Metas e indicadores, Interação gestora-comunidade, Inserção da pesquisadora no território, Contato com a instância responsável pelas gestoras, Momento das entrevistas e inserção no campo, Transcrição das entrevistas e contato mais aprofundado com o conteúdo. Os resultados apontam que a partir da figura da gestora de equipe de saúde da família, a gestão do trabalho em saúde no município em questão organiza-se com metas estabelecidas para atender aos indicadores de saúde para o território, no entanto atravessamentos característicos como elementos territoriais e elementos institucionais por vezes tornam seu trabalho de gestão mais difícil em relação ao preconizado. Conclui-se que o papel dessas gestoras extrapola as funções organizacionais do funcionamento do trabalho, mas ganha uma dimensão do cuidado extra-profissional, numa característica humanizada por enfrentar demandas extra-trabalho com os membros de sua equipe.

Palavras-chave: atenção básica; gestão em saúde; trabalhadores da saúde

LIMA, Juliana Ribeiro de. Health Management and Labor Relations in Primary Care. (Master's Dissertation in Psychology). Advisor: Prof. Dr. Valéria Marques de Oliveira. Postgraduate Program in Psychology. Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica/RJ, 2024.

ABSTRACT

The present research aimed to understand the role of the primary care manager through their health management work and their interaction with other health workers in the context of a municipality in the metropolitan region of Rio de Janeiro. To this end, a literature review, descriptive research and interviews guided by a semi-structured script were carried out with managers of two basic health units in the same municipality, with the aim of describing the work process of the Primary Care manager in the municipality, identifying internal and external factors to management that contribute or not to the promotion of workers' health and discuss the construction of links between managers and primary care workers. Along with this, the field diary comprised the group of materials for analysis. The interviews were transcribed and the data obtained from the transcriptions were analyzed together with the field diary in light of the Emancipatory Dialogical Narrative Analysis. As results, the macrocategories Sociodemographic and professional data, Training and context of work in primary care, Construction as a health professional-nurse-manager, Manager-Team Interaction, Precarious aspects of work in Primary Care, Characteristics of the Territory, Management practices were obtained. , Goals and indicators, Manager-community interaction, Insertion of the researcher in the territory, Contact with the body responsible for the managers, Timing of the interviews and insertion in the field, Transcription of the interviews and deeper contact with the content. The results indicate that based on the role of the family health team manager, the management of health work in the municipality in question is organized with goals established to meet health indicators for the territory, however characteristic crossings such as territorial elements and institutional elements sometimes make their management work more difficult in relation to what is recommended. It is concluded that the role of these managers goes beyond the organizational functions of work functioning, but gains a dimension of extra-professional care, in a humanized characteristic by facing extra-work demands with the members of their team.

Keywords: primary care; health management; health workers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AIS	Ações Integradas em Saúde
ANDE	Análise Narrativa Dialógica Emancipatória
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i> (Doença do Coronavírus)
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
eAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro

SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita domiciliar

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atribuições Específicas do Gerente de Atenção Básica	15
Quadro 2 - Atribuições Técnico-Administrativas Comuns a Todos os Profissionais de UBS	16
Quadro 3 - Atribuições De Cuidado Direto Ao Usuário Comuns A Todos Os Trabalhadores	
17	
Quadro 4 Macrocategorias e Categorias De Análise	30
Quadro 5 Dados Sociodemográficos e Profissiográficos Das Gestoras	30
Quadro 6 Composição Das Equipes De Cada Gestora E Dias Trabalhados Por Semana	40

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE QUADROS

APRESENTAÇÃO

13

1 INTRODUÇÃO

15

1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL 15

1.2 QUESTÃO INVESTIGATIVA 20

1.3 OBJETIVO DA PESQUISA 20

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO 20

2 GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: Fundamentos no SUS, Atribuições do Gestor e Precarização do trabalho

22

2.1 O SUS E A GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE 22

2.2 OS GESTORES DE ATENÇÃO BÁSICA E SEU FAZER 24

2.3 OS ATRAVESSAMENTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO FAZER DO GESTOR DE ATENÇÃO BÁSICA 30

3 METODOLOGIA

34

3.1 PARTICIPANTES E LOCAL 34

3.2 INSTRUMENTOS E MATERIAIS 36

3.3 CUIDADOS ÉTICOS 37

3.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS 37

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS 38

3.6 RESULTADOS 38

3.6.1 Entrevistas às Gestoras em Saúde 39

3.6.2 Inserção da pesquisadora no território 40

4 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E PRECARIZAÇÃO

44

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO A PARTIR DAS MACROCATEGORIAS 44

4.1.1 Dados sociodemográficos e profissiográficos 44

4.1.2 Formação e contexto de atuação na Atenção Básica 46

4.1.3 Práticas gerenciais 53

4.2 GESTÃO EM SAÚDE: PROCESSO DE TRABALHO, FATORES INTERNOS E EXTERNOS À GESTÃO E VÍNCULO NAS EQUIPES	60
4.2.1 Processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no Município estudado	60
4.2.2 Fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores	61
4.2.3 Construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	74
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	74
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
APÊNDICE C - MODELO DA CARTA DE ANUÊNCIA	79

APRESENTAÇÃO

Levei um certo tempo para entender a que - ou a quem - este trabalho respondia.

No meio da pandemia de COVID-19¹ realizei um estágio no final da graduação no olho do furacão: uma unidade básica de saúde. Respira! E o que faz uma estagiária de Psicologia no meio de uma emergência sanitária global no postinho do bairro? Acolhe. Muito embora esse fosse o nome do projeto da prefeitura que orientava o meu estágio (Projeto Acolher), muito embora acolhimento seja uma premissa dentro de políticas de saúde, às vezes parecia que, de forma técnica, nenhum dos colegas profissionais de saúde sabia o que eu deveria fazer.

Teve quem achasse que acolhimento fosse um espaço físico da clínica da família, quando na verdade o acolhimento é uma postura ética necessária a todos os profissionais de saúde em seus diferentes níveis de atenção, nos diferentes equipamentos de saúde, da porta de entrada à saída do usuário do serviço de saúde. Precisei criar um espaço - não físico, mas teórico - para fazer meu estágio, e nisso precisei enfrentar alguns níveis de gestão.

Foi quando percebi que, por vezes, a liderança pode se personificar, e alguns preceitos que, em tese, seriam objetivos, ficam subjetivados e, em alguns momentos, centrados na pessoa líder-gestor. E agora? Quem é esse gestor? O que ele faz e por que faz assim? Então, quase um ano depois quando já estava no mestrado, em uma das aulas, aprendo que a pesquisa qualitativa se faz daquilo que, por certo, incomoda o pesquisador e sim, aquele incômodo ainda me acompanhava e vai seguir acompanhando, tanto porque é disso que se faz pesquisa, quanto porque o estudo de gestão em saúde não se esgota. Sendo saúde um constructo que acompanha mudanças - sociais, climáticas, tecnológicas, biológicas, espirituais, filogenéticas e ontogenéticas - os métodos e técnicas de gestão em saúde devem mudar e se adaptar conjuntamente ao processo de construção da saúde. O profissional da saúde vai ser, então, estudante, pesquisador e produtor - sendo assim, também gestor de seu trabalho - a longo prazo. É essa junção de desejos e dúvidas que me acompanha.

O primeiro encontro marcado que tive com o trabalho em saúde foi com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade em 2019, e naquela época eu não conhecia nada sobre Sistema Único de Saúde (SUS), o que fez a

¹ Uma das medidas no período pandêmico foi o isolamento social. “A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global”. Fonte:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19#:~:text=A%20Covid%2D19%20%C3%A9uma,transmissibilidade%20e%20de%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20global>.

experiência ser desafiadora e, em algum nível, norteadora. Não fosse o PET, eu não teria trilhado o caminho que se seguiu nos anos que vieram: eu não teria feito o estágio externo do Projeto Acolher, eu não teria buscado monitoria nas disciplinas de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, eu não teria produzido um trabalho de conclusão de curso sobre trabalhadores da Atenção Básica, - os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - eu não teria mantido estudos na área, como pós-graduações e cursos de aprimoramento, talvez eu fosse outra profissional, muito embora diversas vezes, eu pense que este é o meu lugar.

Antes da graduação em Psicologia, eu passei para o curso de Enfermagem na Universidade Federal Fluminense (UFF) Rio das Ostras, e não fui por me achar muito nova para morar sozinha e tão distante de casa (eu tinha 17 anos e meus pais moram em São Paulo), mas durante o estágio que eu contei acima, eu me peguei pensando diversas vezes “Eu estaria aqui de qualquer jeito...” Gosto de pensar que os caminhos que me trouxeram para a Atenção Básica, para a Saúde Pública na Psicologia, me trariam na Enfermagem ou em outra profissão. Não que eu acredite em predestinação, mas eu acredito na determinação de lutar por uma causa, e sempre vai valer a pena lutar pelo SUS.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil como país democrático, vem ao longo dos anos promovendo transformações sociais e políticas públicas condizentes com a valorização da participação popular. A marca histórica colonizadora escravocrata traz em si uma dívida social que resulta em grande injustiça. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil está imerso deste compromisso político apoiado na concepção ampla de saúde (Brasil, 1988, 1990).

A Atenção Básica de Saúde é um exemplo de uma ação dirigida à promoção de saúde e prevenção de doenças (Brasil, 2017). A valorização da Atenção Primária próxima às comunidades em ações locais caminha para novos tempos. Entretanto, este cenário não é simples. Os Gestores em Saúde nas Unidades Básicas são também responsáveis pela efetivação das políticas públicas, e neste contexto os desafios surgem.

Este trabalho almeja compreender o fazer deste gestor e a interação com os trabalhadores de sua equipe. Quais são os desafios encontrados na organização desta tarefa? Como se dá a interação entre o gestor e sua equipe? Frente à precarização do trabalho, para chegarmos ao desenho destas questões, é importante inicialmente conhecer brevemente a história da saúde pública no Brasil. A partir da compreensão sobre a questão investigativa, e sua justificativa, que norteia este trabalho, os objetivos de estudo se tornam mais claros. Este é o texto que se segue.

1.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Saúde Pública no Brasil percorreu um caminho de transformações até chegar ao cenário que conhecemos hoje; transformações essas que são tanto conceituais - o termo saúde ganhou diferentes significados ao longo dos anos devido aos estudos relacionados ao seu constructo - quanto políticas - saúde enquanto direito universal é uma conquista-política fruto da luta dos brasileiros ao longo das décadas que hoje é assegurada via Constituição Federal (Brasil, 1988). Ambas as transformações estão inter-relacionadas, visto que o atual lugar social que a saúde ocupa enquanto política pública em muito se relaciona com sua recente compreensão global.

Na história Ocidental, antes da Idade Moderna (séc. XV-XVIII), os fenômenos sociais e individuais se explicavam dentro de um modelo mágico-religioso. É a partir da Idade Moderna, já no contexto do Renascimento e da Revolução Artístico-cultural que a medicina, a partir do desenvolvimento da ciência - em especial as biológicas - se destaca como modelo

para o conhecimento sobre doenças e saúde (Barros, 2002; Cruz, 2011). Nesse modelo, então biomédico, a saúde era a ausência da doença, e a doença, por sua vez, era a perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema, de todo o organismo ou de suas funções vitais, ou seja, o desajuste, a falha; e neste modelo, o cuidado ante a doença é centrado na figura do médico (Herzlich, 2004) a partir do controle, seja dos corpos, seja do espaço social (Foucault, 1979).

O modelo biomédico perdura ao longo dos séculos enquanto sua prática avança tecnologicamente junto da sociedade a qual responde. Dentro dessa interação tecnológico-social, o modelo pautado na fragmentação e mecanização do ser, vai perdendo sustentação por sua insuficiência a responder e compreender as questões relacionadas tanto ao que é saúde quanto ao que é doença. Assim, em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.

Já nos anos 1970, abre-se, então, espaço para a visão sistêmica do que é saúde, em detrimento da visão unidimensional do modelo biomédico, e então as dimensões bio, psico e social passam a figurar no processo de construção de saúde - pois é quando se entende que saúde é uma construção, e essa visão sistêmica é a que vai enxergar, na referida construção, a interação entre os fatores políticos, socioeconômicos, culturais, ambientais e agentes patogênicos no equilíbrio dinâmico do que é saúde e doença (Cruz, 2011; Almeida Filho; Rouquayrol, 2006).

As transformações conceituais e teóricas se relacionam com as transformações histórico-políticas da saúde, como mencionado anteriormente. Nessa linha do tempo, é preciso reconstruir a trilha da saúde pública do país. Lima e Santos (2022) falam, num recorte de 100 anos (1920-2020), sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil através das décadas no que se refere à assistência e educação em saúde, com o objetivo de observar quais modelos foram e são hoje utilizados para cuidado.

Na década de 1920, saúde no Brasil remontava a um modelo assistencialista e curativista, ou seja, focado já na presença da doença. Datam desse período iniciativas como a Lei Eloy Chaves de 1923, marco histórico para o que viria a ser um modelo de Previdência aos trabalhadores urbanos, criando as Caixas de Aposentadoria e Pensões, uma provisão ao trabalhador em situação de doença, por exemplo. O modelo é parcialmente adotado no governo Vargas, quase uma década mais tarde (Bertolli, 2006).

Ainda no período, ações com olhar mais territorial para prevenção de acometimentos a trabalhadores rurais se dão, como a criação da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural

(Decreto nº 15.003, de 15/9/1921 - Brasil, 1921), para assim articular ações cooperadas para o combate de endemias rurais. Isto foi norteador para o enfrentamento da epidemia de febre amarela daquela década, junto, mais tarde, à criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, a partir do Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930 (Brasil, 1930).

Após pouco mais de uma década, em 1942, o então Ministério de Educação e Saúde organiza o Serviço Especial de Saúde Pública, que em convênio, prestará assistência aos trabalhadores na região Vale do Rio Doce. O formato se expande, formando novos convênios pelo país (Lima; Santos, 2022). É possível inferir que a história da saúde pública se atrela aos cuidados prestados a trabalhadores, visto que nesse momento, a oferta de assistência está muito mais ligada a quem trabalha do que a uma oferta universal.

É em 1953, que a saúde ganha uma pasta própria, com a criação do Ministério da Saúde. Ações mais articuladas territorialmente e voltadas à prevenção de doenças, como a campanha de vacinação contra a malária. Assim, passam a figurar como prática, trazendo novas características ao trabalho em saúde no país. No entanto, a pasta ao longo das duas primeiras décadas ainda não conseguia trazer um projeto político de bem-estar à população que fizesse frente às questões encontradas - mortalidade infantil, doenças endêmicas, a miséria e a fome. O fator político atravessava a possibilidade de intervenção visto que a saúde fora utilizada como moeda eleitoral, principalmente no âmbito da Ditadura Militar (1964-1985) quando, ainda que com investimentos de mercados estrangeiros em modernização de rede privada de serviços médicos. A oferta em saúde não contemplava a todos os brasileiros e o Ministério da Saúde sofria momento de esvaziamento.

É já no cenário de abertura para redemocratização na década de 1980, que Ações Integradas em Saúde (AIS), Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e outras ações previdenciárias fortalecem a proposta de reorganização de atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, e luta contra monopólio de empresas particulares de serviços de saúde (Bertolli, 2006). Na mesma década, com o fim da Ditadura Militar, a reabertura ao debate social nas políticas públicas aos diferentes âmbitos - educação, desenvolvimento, saúde - e uma nova Constituição, foi possível desenhar o sistema de saúde que temos e desenvolvemos até hoje.

Dado o exposto, comprehende-se que desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) representa, enquanto conquista social, um marco na forma de promover saúde no Brasil, visto que antes desta data o acesso à assistência em saúde só era garantida aos trabalhadores celetistas e não ocorria de modo

articulado por todo o território brasileiro. A partir da promulgação da lei 8.080 (Brasil, 1990), a qual organiza o SUS e define os papéis dos atores envolvidos no processo de gestão da saúde pública em seus diferentes níveis para todo o território, saúde passou a ser um direito universal no país, sendo assegurado a todo cidadão, sem distinções (Oliveira, 2012; Mathias, 2018).

Desde sua implantação, o SUS passa por transformações estruturais a fim de garantir que o acesso aos cuidados em saúde fosse otimizado, seguindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Devido a isso, sua organização nos três níveis de atenção à saúde - sendo eles atenção primária, secundária e terciária - ganha destaque quando se pensa em gestão de recursos humanos e financeiros.

A Atenção Primária, que também pode ser chamada de Atenção Básica (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009), constitui a porta de entrada para os serviços de saúde e tem como objetivo ser o canal de promoção de saúde e prevenção de doenças, referenciando casos que precisem de tratamento em nível especializado, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB²) (Brasil, 2017). Os cuidados ofertados à comunidade nesse nível de atenção se estruturam a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), que operam mediante a atuação de equipes formadas, em sua composição mínima, por médicos generalistas da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem fazer parte da equipe também o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. As equipes de saúde da família, enquanto equipes de referência, podem contar com equipes multiprofissionais de apoio especializado, em especial o Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (Brasil, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo de Atenção Básica à saúde adotado prioritariamente, e tem como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças no âmbito da família e comunidade. É entendida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica pautada na reorientação do processo de trabalho para ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar

²Instituída pela PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (AB), estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Seu principal objetivo é delimitar a AB como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, a fim de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012).

uma importante relação custo-efetividade. Ou seja, a ESF traz seu foco para a comunidade onde vai estabelecer seu trabalho com vistas a melhor direcionar seus esforços. A partir da Estratégia Saúde da Família atuam as equipes de saúde da família (eSF) (Brasil, 2017).

A mesma portaria da PNAB³ estabelece as atribuições do gerente de Atenção Básica, também chamado de gestor local, e nesse contexto, temos o papel desse gestor como personagem que coordenará de forma conjunta a atuação dos outros profissionais citados, viabilizando a otimização do trabalho em equipe. Nesse contexto, é de alta importância olhar para o trabalhador que participa desses cenários, visto que também são essas pessoas que tornam possível a existência da maior política de inclusão social do povo brasileiro (Brasil, 2010).

O trabalhador da saúde no Brasil, ao longo da história, esteve sujeito a condições adversas de trabalho, as quais por vezes são ora diminuídas, ora potencializadas pelas transformações estruturais na gestão do trabalho - nas esferas legislativas, executivas; a nível de Estado, de município, e a nível interno no local onde trabalha. Tais transformações trazem, por consequência, atravessamentos nas relações desenvolvidas nos serviços de saúde entre usuários, trabalhadores e gestores, o que esbarra na qualidade percebida do cuidado ofertado (Flegeler *et al*, 2010; Galon; Navarro; Gonçalves, 2022).

Junto a essa conjuntura, é percebida uma crescente precarização, de maneira generalizada no mundo do trabalho e, em específico, na área da saúde (Morosini, 2016) a qual, intensificada pela pandemia de COVID-19, traz desdobramentos para a saúde desses trabalhadores e desafios para os gestores dos serviços, num contexto em que ambos precisaram lidar com escassez de equipamentos de proteção individual, esgotamento de equipes de saúde, perdas de colegas de trabalho e medo constante de perder as próprias vidas (Galon; Navarro; Gonçalves, 2022). Nesse ponto, a figura do gestor de Atenção Básica pode ser entendida como essencial para compreender a dinâmica de funcionamento da gestão em saúde pública, em especial no âmbito da Atenção Básica, visto que este é o trabalhador cuja função é viabilizar a otimização do trabalho em equipes (Brasil, 2017).

³ A PNAB (Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017) em seu artigo sexto menciona: “Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.” A Portaria Nº 397, DE 16 DE MARÇO DE 2020 NÃO altera a Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, apenas as nº2, 5 e 6 de 28 de setembro de 2017.

1.2 QUESTÃO INVESTIGATIVA

A partir do cenário apresentado, surgem os problemas de pesquisa desta proposta de trabalho: 1) Como se organiza a gestão do trabalho em saúde na Atenção Básica a partir da figura do gestor de equipe de saúde da família (ESF) no município onde a pesquisa foi realizada? 2) Como se dá sua interação com os demais trabalhadores da saúde com os quais interage no cotidiano?

A justificativa da pesquisa reside: 1) na implicação da pesquisadora com o tema pela aproximação com esses profissionais em contexto de estágio de graduação, o que gerou forte interesse de estudo sobre este segmento e 2) na crescente demanda de adoecimento no contexto laboral de profissionais da saúde decorrente da precarização (Flegeler *et al*, 2010; Machado; Koster, 2011; Morosini, 2016) o que sinaliza a necessidade de abordar o assunto de maneira sistemática a fim de tentar trazer questionamentos que possibilitem a melhora desse cenário.

Espera-se que a compreensão sobre a problemática favoreça a inserção de reflexões nas gestões em saúde que propiciem a criação de melhores condições para o trabalho e valorizem esses trabalhadores, como preconizam as leis que dão base e forma ao Sistema Único de Saúde.

1.3 OBJETIVO DA PESQUISA

O objetivo geral desta investigação é: Compreender o papel do gestor de Atenção Básica através de seu trabalho de gestão em saúde e de sua interação com os demais trabalhadores da saúde.

Seus objetivos específicos são:

- Descrever o processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no município da pesquisa realizada
- Identificar fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores
- Discutir a construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho está estruturado de modo a problematizar a questão investigativa sobre a gestão de saúde na Atenção Básica, considerando na introdução um breve histórico sobre a

saúde pública no Brasil, desenvolvido neste capítulo.

Em seguida, a gestão na Atenção Básica é focalizada, onde são destacados: a relação entre os pilares do SUS e a gestão na saúde, os atributos do gestor, e os desafios enfrentados nesta jornada.

No terceiro capítulo, a metodologia é descrita, respeitando eticamente o sigilo da identificação da cidade na qual foi implementado o estudo, mas com destaque para o desenho da pesquisa qualitativa, e do roteiro semiestruturado utilizado na entrevista com duas gestoras de saúde e as categorias delineadas a partir da Análise Narrativa Dialógica Emancipatória (ANDE) aplicada. Os resultados apresentados se relacionam às categorias prévias desenhadas e didaticamente aos objetivos específicos traçados, que são discutidos no capítulo seguinte.

Nas considerações finais, a partir dos objetivos de estudo atingidos, o posicionamento crítico é argumentado fruto da aprendizagem vivenciada, acompanhada pela autocrítica das limitações do estudo e com sugestões de estudos futuros.

2 GESTÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: Fundamentos do SUS, Atribuições do Gestor e Precarização do trabalho

Este capítulo divide-se em três tópicos. Inicialmente avança na reflexão sobre a Política de Saúde no Brasil, partindo da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e como orienta a gestão do trabalho na saúde.

Os gestores dispõe de documentos que detalham suas atribuições, definindo o seu perfil e campo de atuação. Este tema, dada a sua importância, é detalhado em um tópico próprio, o segundo.

Por fim, o cotidiano traz inúmeros desafios à gestão, principalmente em contextos de precarização do trabalho. Este tópico é debatido em sua atualidade.

2.1 O SUS E A GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

A Lei 8.080, que organiza o que conhecemos como Sistema Único de Saúde (SUS), foi promulgada em 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990) e regula, em todo o território nacional, ações e serviços em saúde. O mesmo texto compreende saúde, em seu segundo artigo, como um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do Estado promovê-la e fiscalizá-la, a partir de ações que visem reduzir doenças e agravos e assegurar acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação da saúde. Essas responsabilidades do SUS são fortalecidas em seus princípios - a universalidade, a equidade e a integralidade - e diretrizes - Regionalização e Hierarquização, Territorialização, População Adscrita, Cuidado centrado na pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do cuidado, Coordenação do cuidado, Ordenação da rede e Participação da comunidade, expostos no sétimo artigo de seu texto fundamental. Este artigo discorre ainda sobre descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, sendo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; e b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, representados então, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Brasil, 1990).

Sobre a descentralização, a qual está diretamente relacionada com os objetivos deste trabalho, é compreendido que a organização dos serviços de saúde deve ocorrer a partir dos municípios, que devem possuir condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras

para esse fim, ainda respeitando os princípios gerais da estrutura do SUS. Nesse contexto, cabe ressaltar que atenção em saúde se organiza em primária e especializada, esta subdividindo-se em secundária e terciária, por seus níveis de complexidade.

Na atenção primária estão alocados os serviços de baixa complexidade, as ações se pautam em atendimentos voltados à prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde e partem das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se realizam consultas de rotina com equipes multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, cujo trabalho visa garantir atenção integral à saúde no território.

A atenção secundária responde pelos serviços especializados, de caráter técnico intermediário, encontrado nas clínicas de especialidades, ambulatórios e alguns hospitais, e envolve atendimentos para investigação, diagnósticos e tratamentos direcionados para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas.

Já a atenção terciária, ou atenção hospitalar, se volta para os serviços de alta complexidade, então hospitais, sejam de grande porte e/ou de especialidade - por exemplo, o InCor, Instituto do Coração - com procedimentos de elevada especialização, se baseiam na reabilitação parcial ou total do usuário do serviço, com o objetivo de amenizar, limitar ou evitar incapacidades crônicas para buscar qualidade de vida (Brasil, 1990; Gondim *et al.*, 2011).

Essa organização esbarra no conceito de gestão do trabalho em saúde, pois foi a partir da Reforma Sanitária entre as décadas de 1970 e 1980 que se passou a pensar em mudanças estruturais para o sistema, as quais marcaram o processo de descentralização da assistência e, assim, causaram impacto significativo nos recursos humanos que integravam os serviços de saúde (Machado, 2005).

Nesse sentido, atrelada à concepção trazida na Política de Recursos Humanos para o SUS (Brasil, 2003) a gestão do trabalho em saúde pode ser compreendida como política de Estado que considera as relações de trabalho e suas implicações como centrais para a dinâmica do SUS. Torna-se ponto de atenção por se tratar de uma instância que olhará para o recurso humano, o profissional da saúde, no âmbito de seu fazer laboral, que desenvolverá diretrizes para organizar os processos desse trabalho nos diferentes serviços de saúde (Machado, 2009). Devido a isso, organização, estruturas, metodologias e resultados em gestão em saúde, em especial na Atenção Básica, são foco desta pesquisa.

2.2 OS GESTORES DE ATENÇÃO BÁSICA E SEU FAZER

Quando pensamos na gestão em saúde pública, é necessário compreender que este é um setor com diferentes níveis de gerência, sendo eles: i) o nível federal, compreendido pelo que é estabelecido em todo o país, e sua figura seria a do Ministério da Saúde; ii) o nível estadual, de responsabilidade dos governos, via secretaria estadual de saúde; iii) o nível municipal, a cargo da secretaria municipal de saúde, e o nível local, por quem se responsabilizam o gestor da unidade e, a depender de como se organiza o município, uma coordenadoria regional. São esses dois últimos que estabelecem relação mais direta com o território, e em especial, o gestor da unidade - na literatura também chamado de gerente de Atenção Básica - com a população atendida pela unidade.

Segundo a PNAB (Brasil, 2017), o Gerente de Atenção Básica (AB) deve ser um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, cujo papel é garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. A mesma portaria da PNAB ressalta que o gerente não deve ser profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica antes de iniciar atividades de gestão. Ainda, o papel do gestor é contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial (Brasil, 2017). Para tanto, é necessário que este profissional tenha em seu fazer as seguintes atribuições:

Quadro 1 - Atribuições Específicas do Gerente de Atenção Básica

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade;
XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Fonte: PNAB (Brasil, 2017)

Tais atribuições são de exclusividade do gestor local, mas são partilhadas através da interação com os outros profissionais à medida em que se comprehende a construção e manutenção do serviço de saúde como uma responsabilidade partilhada, demonstrando uma gestão horizontal. Isto fortalece a compreensão de que o cuidado em saúde não se centra em um único profissional, mas é dever de todos os trabalhadores de forma conjunta e organizada.

Para além de suas atribuições específicas, o gestor, enquanto profissional tem como objetivo a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Para tanto, ele precisa de competências técnicas para, num nível geral, orientar, fiscalizar e viabilizar que atribuições técnico-administrativas e de cuidado direto ao usuário comuns a todos os trabalhadores da unidade básica de saúde sejam desempenhadas com êxito, ainda que este não desempenhe essas atividades diretamente, a priori. Algumas delas, mais diretamente relacionadas à gestão, são descritas nos quadros 2 e 3:

Quadro 2 - Atribuições Técnico-Administrativas Comuns a Todos os Profissionais de UBS

I Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando

grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
II Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica;
XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
XXVI. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
XXVII. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
XXVIII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local

Fonte: PNAB (Brasil, 2017) selecionado e editado pela autora

Quadro 3 - Atribuições De Cuidado Direto Ao Usuário Comuns A Todos Os Trabalhadores

III Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
IV Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas rationalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
XXV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

Fonte: PNAB (Brasil, 2017) selecionado e editado pela autora

Desse modo, pode-se compreender que a figura do gestor tem posição fundamental e estratégica para o bom funcionamento da atenção primária em saúde. Dantas e Melo (2001) apontam para a necessidade de se compreender que a prática gerencial em UBS possui dimensões administrativa, técnica e política. Essa última, com maior destaque, a partir do entendimento de que, dentro de suas funções, o gestor articula, na função de supervisão, um espaço para reflexão e compreensão acerca dos determinantes e condicionantes das práticas sanitárias (Silva, 1997), o que viabiliza construção de ações para aquele território.

Nunes *et al.* (2018) apontam que uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é um espaço para identificação, atendimento e encaminhamento de questões de saúde que precisem de atendimento com especialista aos outros níveis de atenção e que por isso, a responsabilidade e

a coordenação imediata de uma gerência são necessárias. Porém, estão escassas, visto a baixa capacidade gerencial encontrada em seu estudo, o que limita o acesso aos serviços de saúde, concentra a atuação em princípios basicamente administrativos defasados, dificultando a efetividade do sistema e causando a insatisfação dos usuários, devido à sobrecarga dos equipamentos.

Os autores ressaltam que de forma prescrita, o trabalho de um gerente de UBS deveria se concentrar no planejamento, coordenação, direção e controle das ações da equipe, utilizando conhecimentos e habilidades técnicas, administrativas e psicossociais, articulando a equipe de trabalho e dando acesso aos usuários no planejamento participativo. Todavia, na realidade, o cenário encontrado mostra inexistência da gerência pela descaracterização desse papel que hoje é caracterizado por atividades mais administrativas, por vezes atravessadas por demandas de assistência direta, inviabilizando o trabalho de coordenação técnica da equipe. Na literatura, é observado que a maioria dos gerentes nas UBS são mulheres com formação em enfermagem, a qual ainda que contemple conteúdos sobre administração em seu projeto pedagógico, é relatado pelos profissionais que esses conteúdos são insuficientes diante da complexidade de gerenciar serviços de Atenção Primária à Saúde. Junto disso, o acúmulo de tarefas assumidas pelo gerente compromete a qualidade do trabalho de gestão, o que também aparece nos achados de Almeida (2021).

Almeida (2021) reflete sobre o trabalho gerencial acontecer na intersubjetividade das relações humanas estabelecidas, o que envolve um trabalho intenso e contínuo de comunicação e interação social o qual, por parte do gestor, é permeado pela liderança. Nesse aspecto, a autora destaca que o gestor de UBS enquanto líder ocupa o papel de estimular e orientar a equipe, impulsionando novas formas de fazer e orientando o olhar da equipe frente às questões de saúde dos usuários. Nesse ponto, a autora coloca os gerentes como responsáveis por cultivar na equipe a escuta ativa, enfatizando que a atuação desses gestores direciona e serve de exemplo e espelho para os demais trabalhadores. Ou seja, enquanto coordenador do cuidado, esse gestor estimula o comprometimento com o trabalho para garantir assistência de qualidade à população assistida e melhores condições para as relações interpessoais no trabalho.

No entanto, a autora demonstra, ainda, a dificuldade percebida nos gestores de seu estudo quanto à delegação de tarefas, o que, por vezes, culmina em sobrecarga de trabalho e mau gerenciamento de equipe. Devido a isso, a autora demonstra a relevância da aprendizagem de habilidades de gestão e de liderança para esses profissionais focadas tanto no dimensionamento de pessoal quanto no desenvolvimento das pessoas.

Cardoso, Lucietto, Silva, Oliveira e Maciel (2019) abordam o papel das formações em saúde e como estas impactam tanto na trajetória acadêmica de profissionais da enfermagem quanto nas práticas gerenciais quando estes alcançam cargos de gestão. Em seu estudo, os autores obtiveram respostas de profissionais que falam sobre o medo e a insegurança de ocuparem tais cargos pela sensação de despreparo para atuar em liderança, o que vem da graduação. Desse modo, os autores refletem sobre os problemas relacionados às práticas gerenciais poderem encontrar soluções efetivas no Projeto Político Pedagógico dos cursos de graduação em Enfermagem, pois o modelo de ensino se pauta no assistencialismo com visão hospitalocêntrica, biomédica e curativa. Esse texto estabelece interlocução com a reflexão de Assad (2022) que detalha o processo de formação permanente dos gestores na Atenção Básica e a relaciona com implicações para a qualidade da assistência a partir das práticas gerenciais.

Por fim, Schlickmann, Lanzoni e Erdmann (2022) relatam o quanto é importante a habilidade do trabalho em equipe para o gestor de saúde na Atenção Básica quando seu objetivo é uma gestão eficaz, com a capacidade de delegar tarefas, motivar e liderar. Dentro disso, os autores tratam da cultura organizacional (Schein, 1992) e expõem o quanto, em dado nível, esta será impactada pela figura do gestor a partir da forma como ele se comunica, delega tarefas e orienta práticas, ou seja, seu nível de interação com os demais membros da equipe. Isso explica, por exemplo, o motivo pelo qual, na pesquisa realizada pelos autores, ainda que utilizando o mesmo modelo de planejamento em toda a rede de atenção à saúde no município, muitos Centros de Saúde apresentaram discrepância em seus indicadores - muito acima ou abaixo das metas pactuadas.

Os achados nas pesquisas citadas quanto ao papel e às funções desempenhadas pelos gestores encontram pontos de convergência e divergência com a literatura base sobre o tema, o que será discutido ao decorrer deste trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica prevê quinze atribuições técnicas e gerenciais apontadas como necessárias na função do gerente, sendo estas focadas nos aspectos tecnológicos e pragmáticos do cargo de gestor - conhecer as leis, orientar planejamento e diagnóstico situacional, monitorar o trabalho e favorecer o senso de equipe, estimular a segurança, utilização dos sistemas de informação, otimizar e qualificar a utilização e gestão dos recursos, viabilizar o trabalho em equipe, ser o representante do serviço, conhecer a rede de atenção à saúde e a articulação intersetorial, fomentar a qualificação dos profissionais e a gestão participativa, tomada de decisão em curto prazo diante de situações demandantes (Brasil, 2017). Tais pontos são encontrados nos quatro estudos utilizados nesta análise. No

entanto, percebe-se que a função de líder cujas habilidades interpessoais e psicoemocionais para motivar e liderar é constantemente demandada, mas ainda não figura na prescrição. Além disso, é possível observar que se perde de vista o caráter psicodinâmico da função.

2.3 OS ATRAVESSAMENTOS DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO FAZER DO GESTOR DE ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho é parte estruturante de uma “relação de dupla transformação entre o homem e a natureza, geradora de significado, [...] é o ato de transmitir significado à natureza”, como propõe Codo (1997, p.41), sendo assim, é uma dimensão que não se pode eliminar da vida humana, sendo fundamental pois por meio dele o ser humano cria, conscientemente ou não, a realidade em que vive ao atribuir-lhe significado, bem como na interação com os demais. O autor explora essa dimensão ao explicar:

Na ação vulgar, o sujeito se transforma ao transformar o objeto e vice-versa, no trabalho, o circuito se abre para uma terceira relação, um signo que fica (‘signo-ficar’), o significado, o qual por sua vez se transforma e é transformado pela ação recíproca do sujeito e/ou do objeto. O significado se define pela permanência além e apesar da relação com o objeto, ou seja, se define pela transcendência à relação S<->O. Abre indefinidamente, portanto, o circuito da ação. (Codo, 1997, p. 41).

No entanto, o trabalho na contemporaneidade tem sido atravessado por uma crescente precarização, a qual, por sua vez, atravessa essa atribuição de significado a partir do sujeito que trabalha, o que acontece também no âmbito do trabalho em saúde. Por precarização do trabalho em saúde, Pires (2009) explicita que é um termo ligado a perdas nos direitos trabalhistas ocorridas no contexto das transformações do mundo do trabalho, sinalizado por mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas. A autora exemplifica como sendo o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados.

Como expressão dessa precarização, encontram-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais sem vínculo (plantões, por exemplo); a pejotização (contratos por pessoas jurídicas e não mais pessoas físicas para não gerar vínculo empregatício); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde. Sobre este último exemplo, Lima e Borges (2022) expõem em seus achados que a referida categoria vivencia em seu fazer cotidiano a face mais direta da precarização nas diversas esferas anteriormente mencionadas no município de sua pesquisa - falta de equipamentos de

proteção individual para visitas domiciliares a cadastrados adoecidos, ausência de treinamento técnico diante demandas específicas de trabalho, acúmulo de tarefas para além de suas competências, alta rotatividade, relação de trabalho mediada com o município a partir do momento político vivido são alguns dos atravessamentos que esses trabalhadores da saúde encontram.

O Ministério da Saúde, com o objetivo de fazer frente à existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde, elaborou em 2006, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Brasil, 2006) com estratégias definidas para o que seria uma tentativa de reversão do quadro, no entanto tais esforços há quase duas décadas não evitaram o cenário que se tem hoje, anteriormente mencionado. Assina, no mesmo documento, o então Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Sílvio Fernandes da Silva no texto: A Desprecarização do Trabalho no SUS: na Visão do CONASEMS:

O CONASEMS apresentou o seu posicionamento sobre o tema “Gestão do Trabalho em Saúde” no Caderno de Teses e Plano de Ação, que passou a ser um dos eixos estratégicos para a atual Diretoria. Em relação à Desprecarização do Trabalho, nossa posição é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS. A gestão deve estimular o processo de sindicalização e a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações. Com a implementação dessas ações, acreditamos estar contribuindo para a implementação de um processo de trabalho calcado nas relações éticas e comprometidas com o atendimento de qualidade à população (Brasil, 2006, p. 8).

A precarização do trabalho - de maneira geral e em saúde - tem um recorte racial e de gênero. Depieri, Ganaka e Bugni (2022) demonstram que na última década, a população negra e as mulheres são a face em empregos precários e que remuneram menos. Especificamente na Enfermagem, categoria de relevância a esta pesquisa, pois foi a profissão mais encontrada na revisão de literatura e na pesquisa de campo sobre gestores em Atenção Básica, o cenário é de uma maioria feminina como força de trabalho (85,1%) e preta ou parda (53%). Os dados são da pesquisa mais recente do Conselho Federal de Enfermagem de 2017 sobre o perfil de seus trabalhadores (COFEN, 2017). O mesmo levantamento traz depoimentos dos profissionais sobre seu fazer em suas considerações finais, e um trecho exemplifica parte da precarização do trabalho em saúde, em específico na enfermagem, na narrativa de um enfermeiro do Rio Grande do Sul:

Com as condições de trabalho atuais os profissionais de enfermagem estarão cada

vez mais insatisfeitos, cansados, doentes e sem vida social. Os profissionais escolhem a profissão por falta de opção ou por ser um curso barato e fácil de ingressar, pois a enfermagem não possui nenhum atrativo: baixa remuneração, grande exigência e responsabilidade, excesso de trabalho e nenhum reconhecimento pela sociedade. Vejo no futuro da enfermagem uma busca pelas melhores condições de trabalho e valorização da profissão (COFEN, 2017, p.717)

Ao mesmo tempo, é embutido no trabalho em saúde a representação do trabalho por amor, o trabalho que é “honrado pela possibilidade de salvar vidas”, e disso não escapa a enfermagem. No entanto, tal proposição nasce dentro de uma lógica de trabalho em que impera a ideia do trabalhador como “uma pequena empresa de si”, governado de acordo com valores e princípios – competência, competitividade, produção, metas, eficácia, transformação contínua – como uma empresa de si mesmo, em um processo de interiorização de uma dimensão externa, os objetivos e necessidades de sua instituição de trabalho precarizada, o que vai colocar esse trabalhador como responsável único de sua função e das circunstâncias que vierem dela (Facas, 2020). Essa conjunção envolve de um lado projetos e aspirações pessoais e, de outro, objetivos institucionais e acontece na medida em que o trabalhador se vê envolvido, identificado e demandado na organização de seu trabalho, como no caso das personagens desta pesquisa, visto que sem as quais seus serviços ririam, essa sendo então uma expressão da precarização que tira da instituição sua responsabilidade e desloca-a para o trabalhador na linha de frente.

Os atravessamentos dessa precarização do trabalho em saúde se refletem na construção da pessoa que trabalha e perpassam as relações em que o trabalhador se situa, seja nas interações de vida pessoal, consigo mesmo ou nas interações de vida profissional. Os desdobramentos disso são de diferentes ordens, mas é possível citar as questões de saúde física e mental - como Lesão por Esforço Repetitivo (LER), a Síndrome de Burnout - e as questões nas interações interpessoais, como o assédio no ambiente de trabalho. No setor da saúde, em específico, o contato dos trabalhadores com o sofrimento do outro por si só já se trata de um estressor, e é agravado por condições adversas como falta de recursos, longas jornadas e acúmulo de funções. Para os gestores de Atenção Básica, manejar suas equipes diante deste cenário e ainda atender às responsabilidades citadas nos quadros 1, 2 e 3 pode ser fonte de desafios.

Flegeler *et al* (2010) discorrem sobre a intrínseca relação político-administrativa com a produtividade dos serviços de saúde, o que se reflete na forma como os recursos federais destinados à saúde são repassados aos municípios e aos trabalhadores nas diferentes formas de incentivo ao trabalho: insumos, materiais, bonificações etc. No entanto, este repasse não é direto. Desde a Lei 9.637 de 15 de maio de 1998 que institui as Organizações Sociais de

Saúde (OSS), municípios podem optar por gerir seus serviços em saúde a partir dessas entidades privadas sem fins lucrativos (Brasil, 1998) que devem, primordialmente, seguir os princípios do SUS ao fazer a administração de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospitais, por exemplo. Esse fluxo de gestão também atravessa a relação com os trabalhadores, pois as mesmas OSS são responsáveis por recrutamento e seleção de pessoal e deveriam - pensando em orientações centrais da Política Nacional de Humanização, que preconiza uma indissociabilidade entre gestão e atenção (Brasil, 2013) - voltar seus olhos aos profissionais da saúde do início ao fim de sua carreira, o que não condiz com o encontrado na prática quando se percebe a crescente precarização do trabalho na saúde, em especial na Atenção Básica, realidade historicamente observada mas escancarada e potencializada a partir da pandemia de COVID-19 (Flegeler *et al.*, 2010; Morosini, 2016; Barroso *et al.*, 2020).

Para os trabalhadores da área da saúde, atuantes na linha de frente do combate à pandemia de COVID-19 ou não, a emergência sanitária trouxe mais ofertas de trabalho, mas também tornou mais frágeis os vínculos empregatícios que já eram precários tanto na saúde suplementar (convênios e planos de saúde) quanto no SUS, além de ter se tornado mais um estressor no cotidiano desses profissionais que já atuavam em condições desfavoráveis para a produção de um trabalho pautado na integralidade e na humanização (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021). Isso se relaciona diretamente com a forma como os usuários dos serviços de saúde recebem cuidados e, por consequência, atravessa a percepção dos usuários sobre a qualidade da gestão da saúde.

Os impactos da precarização do trabalho e dos serviços de saúde se refletem significativamente na qualidade de vida dos trabalhadores e no fazer dos gestores que, para fazerem a manutenção de suas atividades, são atravessados frequentemente por entraves e estressores para os quais não encontram o suporte necessário. Importa, neste âmbito, revisar sistematicamente como a literatura aborda os atravessamentos da precarização do trabalho na Atenção Básica por meio das relações gestores-trabalhadores, gestores-trabalhadores-usuários, trabalhadores-usuários a fim de que se compreenda os impactos disso na saúde dos profissionais.

3 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa utilizada para este estudo de campo seguiu orientação descritiva, de base qualitativa, com intuito de responder à questão-problema a partir da utilização da Análise Narrativa Dialógica Emancipatória (ANDE) (Marques, Satriano, Silva, 2017, 2020). Tal escolha por uma pesquisa qualitativa se dá visto a sua capacidade de se debruçar em especificidades daquilo que não pode ser somente quantificado, trabalhando com um universo de significados, motivos, crenças, ou seja, um âmbito mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2001, p. 21-22), o que é de objetivo desta pesquisa. Para tanto, foi realizado levantamento bibliográfico sobre o tema para construção de roteiro de entrevista semi-estruturada, pois a partir do uso desta ferramenta, as informações obtidas construíram o material que foi explorado - as narrativas dos sujeitos de pesquisa.

Desse modo, importa a esta investigação ter as participantes da pesquisa como atrizes principais do seu processo emancipatório a partir de sua narrativa sem perder de vista o momento de interação com a interventora - a pesquisadora, que ao colocar-se em campo, dispôs-se a também construir sua narrativa e observá-la enquanto esta atravessa, intervém, constrói e interage com o conteúdo pesquisado. Neste aspecto, a ANDE, enquanto proposta metodológica de coleta e análise de dados, leva em consideração a interação narrador-narratário-narrado valorizando e tendo como dado a subjetividade deste encontro a partir de sua análise na interlocução com o mundo com o qual aquele trinômio existe e estabelece conexão. Sendo assim, a ANDE enquanto proposta de análise narrativa se diferencia de outras modalidades por seu vetor multi e pluridirecional advindo da negociação de sentido como aspecto central e o caráter psicodinâmico envolvido no processo (Marques; Satriano; Silva, 2017, 2020).

3.1 PARTICIPANTES E LOCAL

Para seleção dos participantes da pesquisa, foi investigado quantas Unidades Básicas de Saúde (UBS) existem no município onde a pesquisa foi realizada a partir do site oficial da Secretaria Municipal de Saúde. O estudo manterá o anonimato da área para a preservação da imagem dos participantes. Tendo sido encontradas 16 UBS, inicialmente foi pensado utilizar 25% desse universo, ou seja, 4 UBS, a partir da noção de número de usuários cadastrados, tendo as duas com mais usuários e as duas com menos - e o olhar para esses dois extremos se dá pela possibilidade de conhecer e investigar diferentes aspectos da gestão ao lidar com

quantitativos diferentes expressos de realidades e territórios distintos, mas que ao mesmo tempo possuem similitude -, visto que a densidade populacional de um território de UBS nos traz alguns aspectos característicos da região ocupada. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe, para UBS com Equipe de Saúde da Família em grandes centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica (Brasil, 2017).

No entanto, após sugestão da banca de qualificação do estudo, acatou-se a possibilidade de realizar a pesquisa em 2 UBS selecionadas a partir do critério de quantidade de usuários cadastrados no território. Assim, optou-se por 2 (duas) unidades básicas de saúde, a com mais e a com menos usuários cadastrados. Sendo assim, participaram dessa pesquisa:

- Gestoras de 2 unidades básicas de saúde de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro (a com maior número de usuários cadastrados e a com menor número de usuários cadastrados).

Para iniciar a pesquisa, foi realizado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, instância responsável pelos trabalhadores, para obter anuência para a pesquisa. Neste contato, mostrou-se o projeto de pesquisa aprovado em qualificação ao Secretário, além do roteiro semi-estruturado de entrevista (Apêndice A) e do termo de anuência (Apêndice C)⁴. Neste momento ele contatou os gestores das UBS, ou seja, as enfermeiras responsáveis por esses serviços, sobre a possibilidade de realização de pesquisa nos locais, o que foi aceito de pronto. Após esse momento, a pesquisa é submetida ao Comitê de Ética, e após sua aprovação, com a permissão e instrução do secretário, as gestoras das UBS foram contactadas para verificar novamente sua disponibilidade de participar da pesquisa e agendar dia e horário para as entrevistas a serem realizadas nos equipamentos onde essas trabalhadoras atuam.

Ainda que sem nomear, há que se caracterizar o município onde a pesquisa foi realizada para que se compreenda mais sobre tais territórios.

O município onde a pesquisa foi realizada localiza-se na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, mais especificamente na Baixada Fluminense. Tornou-se município emancipado em 1997, tem 265 quilômetros quadrados de extensão, tinha 80.596 mil habitantes, densidade demográfica de 303,92 habitantes por km² no Censo de 2022. Em 2010, possuía um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,713; e em 2021 possuía um PIB per capita de R\$56.977,34 (IBGE, 2022), sendo esses os dados mais recentes pelo IBGE. O município está localizado em uma região estratégica no eixo logístico e possui

⁴ Para preservar a identidade das participantes e do município, apenas o modelo do Termo de Anuência utilizado está nos apêndices deste trabalho, ficando os originais assinados sob guarda da pesquisadora.

confluência com rodovias importantes, com destaque à Rodovia Presidente Dutra e o Arco Metropolitano, por exemplo, além da existência de empresas de médio e grande porte e de um polo educacional de ensino médio, técnico e superior que atraem pessoas de diferentes municípios e estados.

3.2 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

Foram utilizados: a) questionário sociodemográfico e profissiográfico com perguntas que objetivavam conhecer mais sobre as profissionais entrevistadas e suas dinâmicas de vida (Apêndice A); b) Roteiro de entrevista semi-estruturada desenvolvido de acordo com o levantamento da literatura sobre o tema visando atender aos objetivos da pesquisa (Apêndice A); c) gravador de celular que possibilitou gravar as informações das entrevistas e escutá-las posteriormente para análise dos dados, e d) diário de campo eletrônico da pesquisadora no qual imagens, áudios, informações e percepções sobre o campo foram salvos.

- a) o questionário contém os itens Gênero, Idade, Formação, Estado civil, Religião, se tem Filhos e quantos, com qual Etnia/Raça se identifica, Jornada de trabalho em quantidade de horas, o tipo de Vínculo de Trabalho, médica de Renda mensal, há quanto tempo trabalha na Atenção Básica, há quanto tempo trabalha como gestora de Atenção Básica, Distância entre onde mora e local de trabalho e Meio de transporte utilizado em seu deslocamento. Tais itens foram elencados com o objetivo, também, de compreender se impactam no fazer das gestoras;
- b) o roteiro está dividido em eixos temáticos que objetivaram responder aos objetivos específicos desta pesquisa, sendo eles **Questionário 2 - Formação e contexto de atuação na Atenção Básica**, com questões relacionadas aos objetivos específicos 1) Descrever o processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no município da pesquisa realizada e 3) Discutir a construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica; e **Questionário 3 - Práticas gerenciais**, com questões relacionadas aos objetivos específicos 2)Identificar fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores e 3)Discutir a construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica;
- c) as gravações foram feitas pelo gravador de áudio do celular e foram armazenadas no mesmo aparelho;

- d) o diário de campo eletrônico foi construído no mesmo aparelho celular a partir da aplicação Notas, onde é possível gravar registros de áudio, escrever, tirar fotos e anexar imagens.

3.3 CUIDADOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa no âmbito de uma instância municipal, foi solicitado Termo de Anuênciā ao Secretário Municipal de Saúde para realização da pesquisa com os trabalhadores, e para permissão de ir às unidades de saúde. Com esta anuênciā, foi possível, por ser uma investigação com seres humanos, submeter o projeto desta pesquisa e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob parecer CAAE 76530623.2.0000.0311.

Após a obtenção da aprovação, a investigação em campo foi iniciada. A pesquisadora dirigiu-se às unidades de saúde selecionadas e autorizadas em dias distintos e agendados, apresentou às participantes da pesquisa o TCLE a fim de verificar sua concordância em participar desta pesquisa e, somente após os aceites, iniciou as entrevistas.

3.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

Durante as etapas da pesquisa de campo, a pesquisadora manteve o preenchimento de diário de campo com anotações, áudios e imagens sobre o processo. Após os aceites das pessoas entrevistadas, a pesquisadora mostrava o roteiro de entrevistas para que pudessem estar ambientadas e confortáveis para as respostas. Como previsto no TCLE e comunicado no ato do encontro, o gravador de celular era ligado para registrar as entrevistas, as quais foram realizadas nas unidades de saúde onde as entrevistadas trabalham, em suas salas de trabalho, de porta fechada, individualmente para garantir a privacidade. No entanto, devido à ocupação das entrevistadas e a seus cargos de liderança, eventualmente era necessário interromper a gravação, pois algum colega de trabalho precisava que ela lhe atendesse. Tão logo a demanda fosse resolvida, a gravação era reiniciada.

Após as entrevistas, a pesquisadora as transcreveu integralmente em dois documentos diferentes, cada um direcionado a uma das entrevistas, a fim de que se observassem os dados brutos. Os documentos foram identificados de acordo com a ordem da realização da entrevista, que também segue ao critério de inclusão da pesquisa, ou seja, da Unidade de Saúde com maior número de usuários cadastrados, sendo “Gestora 1”, e Unidade de Saúde

com menor número de usuários cadastrados, sendo “Gestora 2”. Para preservar a identidade, ao citar a fala das entrevistadas, elas serão nomeadas da mesma forma ao longo deste trabalho.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Seguindo a prerrogativa da ANDE (Marques; Satriano; Silva, 2017, 2020), após a transcrição na íntegra das duas entrevistas gravadas, os dois documentos obtidos a partir das transcrições foram lidos uma primeira vez para contato inicial com os dados brutos. Em seguida, foram lidos novamente para que fosse possível apreender o conteúdo obtido e organizá-lo com o objetivo de criar categorias, as quais foram estabelecidas a partir dos temas que emergiram das reflexões advindas deles e com o intuito de atender aos objetivos geral e específicos desta pesquisa, através da aplicação do olhar fluido, ou seja, foram buscadas as ancoragens temáticas entre os pontos de referência e os pontos cegos de modo mais amplo e livre. Aqui, a noção de olhar está relacionada à internalização - consciente ou inconsciente - e representação através da comunicação de um elemento ou fenômeno a partir da atribuição de significado dado de uma relação de causalidade entre quem narra, o narrado e o que um causa no outro (Marques, 2005). A partir de então, as categorias criadas foram discutidas e relacionadas com os achados na literatura sobre o assunto tratado.

3.6 RESULTADOS

Os dados coletados foram agrupados em dois conjuntos, resultantes: 1) das duas entrevistas e 2) do diário de campo.

As duas entrevistas geraram gravações em formato digital que somam 1 hora e 34 minutos (gravação 1, gestora da unidade com mais usuários cadastrados) e 58 minutos (gravação 2, gestora da unidade com menos usuários cadastrados). Cada entrevista foi realizada em um dia, totalizando 2 dias de entrevistas. As duas entrevistas foram realizadas na mesma semana, no período de janeiro de 2024.

O diário de campo gerou dados reunidos no item: Inserção da pesquisadora no território - esta base de dados relata desde o primeiro contato com o município para fazer a pesquisa até o momento das transcrições.

A partir de três leituras da transcrição das entrevistas, do diário de campo e da análise dos dados transcritos foi possível organizá-los dentro de categorias. Como sugerido pela metodologia adotada, cada leitura tem como objetivo um nível de aproximação e apreensão

do tema a ser debatido: a primeira orienta os pontos de referência e cegos dos participantes e da pesquisadora para interlocução com a narrativa e com o diário de campo; a segunda visa selecionar os trechos a serem destacados na análise, e a terceira busca nortear a criação das categorias e subcategorias (Lima; Pessoa; Oliveira, 2022). Estes dados alimentarão o próximo capítulo no qual são discutidos os resultados e quanto respondem aos objetivos de estudo traçados.

3.6.1 Entrevistas com as Gestoras de Atenção Básica

No caso desta pesquisa, as narrativas das participantes foram agrupadas em 3 macrocategorias de dados, as quais estão relacionadas com os eixos do roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice A): 1) Dados sociodemográficos e profissiográficos (Quadro 4); 2) Formação e contexto de atuação na Atenção Básica e 3) Práticas gerenciais (Quadro 5).

O Quadro 4 abaixo, apresenta as características gerais das gestoras, estes dados são importantes para a compreensão do referencial individual e a contextualização de suas narrativas na discussão dos dados.

Quadro 4 Dados Sociodemográficos e Profissiográficos Das Gestoras

	Gestora 1	Gestora 2
Idade	35 anos	28 anos
Formação	enfermeira, especialista em saúde da família, obstetrícia e estética	enfermeira
Estado Civil	casada	casada
Religião	católica	evangélica
Filhos	1 menino e 1 menina	1 menina
Etnia/Raça	parda	parda
Carga Horária De Trabalho	40 horas	40 horas
Vínculo Trabalhista	Contrato com a Secretaria Municipal de Saúde	Contrato com a Secretaria Municipal de Saúde
Renda	2-3 salários-mínimos	2-3 salários-mínimos
Tempo De Trabalho Na Atenção Básica	12 anos	3 anos

Tempo De Trabalho Como Gestora	12 anos	3 anos
Quantidade De Cadastrados De Sua ESF	5.500-6 mil cadastrados	750-800 cadastrados
Tempo De Deslocamento De Casa Ao Trabalho	5 minutos	15 minutos
Meio De Transporte	carro próprio	moto própria

A partir das macrocategorias 2 e 3, foram criadas as categorias de análise: a) construção como profissional de saúde - enfermeira - gestora; b) interação gestora-equipe; c) aspectos precarizados do trabalho em Atenção Básica e d) características do território, as quais apareceram na macrocategoria 2, e e) metas e indicadores e f) interação gestora-comunidade, pertencentes à macrocategoria 3, como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 5 Macrocategorias e Categorias De Análise

Macrocategorias	Categorias
Formação e contexto de atuação na Atenção Básica	a) construção como profissional de saúde - enfermeira - gestora; b) interação gestora-equipe; c) aspectos precarizados do trabalho em Atenção Básica d) características do território
Práticas gerenciais	e) metas e indicadores f) interação gestora-comunidade

3.6.2 Inserção da pesquisadora no território

Neste item são apresentados os seguintes subitens: 1) Contato com a instância responsável pelas gestoras; 2) Momento das entrevistas e Inserção no campo, e 3) Transcrição das entrevistas e contato mais aprofundado com o conteúdo. Este agrupamento nasce dos relatos do diário de campo e das inquietações da pesquisadora ao examinar os resultados da pesquisa, e apresenta as inclinações da pesquisadora com o objeto da pesquisa e o panorama de onde o trabalho se desenvolveu, objetivando maior aproximação do leitor com o contexto estudado e viabilizando a reflexão sobre elementos extratextuais, mas necessários à pesquisa qualitativa de abordagem narrativa sob a orientação da ANDE.

3.6.2.1 Contato com a instância responsável pelas gestoras

Inicialmente, foi necessário dirigir-me à Secretaria Municipal de Saúde do município para solicitar a anuência para realizar a pesquisa. Percebi um caráter muito personalista nos fazeres, já que eu falaria diretamente com o secretário de saúde. Ao esperar no corredor ao lado de sua sala, transeuntes me perguntavam minha demanda, e quando eu explicava que se tratava de uma pesquisa de mestrado em Psicologia, todos sinalizaram que o secretário é uma pessoa muito solícita e que muitos municípios, ao precisarem de alguma coisa, também se dirigiam diretamente a seu gabinete para solicitar.

No momento em que pôde me receber e eu sinalizei sobre o que se tratava minha pesquisa, uma entrevista com os gestores de unidade de saúde da Atenção Básica, ele me responde amigavelmente “Gestor aqui sou eu, você quer falar com as enfermeiras das ESF? Pode falar sim com as meninas, eu vou te passar o contato e você vai lá sim! Eu vou deixar elas avisadas já que você vai” mesmo eu avisando que só iria após a aprovação do comitê de ética, o que levou cerca de dois meses. Rapidamente ele passou as páginas da cópia do meu projeto aprovado em banca de qualificação e assinou meu termo de anuência. Assim, contei sobre as ESF que pretendia visitar e os motivos, e ele me contou um pouco sobre alguns territórios onde há violência e a localização das ESF, além de comentar que nos últimos anos o município estava passando por reformas na saúde e que havia planos para novas ESF, da restauração feita nas que já existiam.

Foi um contato breve. Ao final eu perguntei se existiam dúvidas sobre a realização da pesquisa, tendo resposta negativa. Mas, ele também dizia que estava contente em poder ajudar com o meu trabalho.

3.6.2.2 Momento das entrevistas e inserção no campo

A entrevista com a Gestora 1 foi num dia de muito sol e calor. Fui de transporte local até a UBS, uma kombi. Por não saber exatamente o local, solicitei ao motorista que me indicasse, e ele respondeu que é um ponto de referência na região. A kombi seguiu o caminho por uma rodovia e entrou num acesso de pista que dava a uma avenida de paralelepípedos - e depois terra - com muito mato aos dois lados da via. Momentos depois passou-se a ver as casas mais simples até chegar à UBS. O cenário era diferente de onde eu havia iniciado a viagem até lá, mas ainda estava no mesmo município, cerca de 10 quilômetros de distância.

Já na sala da gestora, muito simpática, iniciamos a entrevista. Foi uma conversa muito genuína e aberta entre duas profissionais da saúde, e eu sentia isso pelo diálogo em termos

que ambas conheciam - o PEC, o SISAB, os cursos da UNA-SUS, o cotidiano dos ACS, a relação com os cadastrados – e, também, pela animação que Gestora 1 demonstrava em partilhar um pouco de sua vivência e suas impressões de forma franca com outra profissional que ela via entender do que ela falava.

Após a entrevista, fui embora com uma sensação positiva de trabalho cumprido, e agora observando no caminho um pouco do que ela me contara e que acontecia naquele território, através daquele asfalto às vezes mais arenoso, às vezes desfalcado - o paralelepípedo, no meio do mato, perto da rodovia.

A entrevista com Gestora 2 foi no dia seguinte e, como pode acontecer no verão, o dia seguinte foi de muita chuva. O deslocamento até a UBS dessa vez foi de carro de aplicativo, pois de onde eu estava não havia transporte público que chegasse. No entanto, me perdi mesmo tendo utilizado o endereço correto. O próprio motorista sugeriu que eu guardasse seu contato, pois iríamos a uma localidade com o sinal de celular é ruim e o aplicativo de viagens poderia não funcionar. Não foi possível ver muito do caminho, visto que além do constante mato através da janela do carro, a chuva borrava a imagem.

Quando cheguei à UBS, essa muito mais se assemelhava a uma casa. Posteriormente eu descobri que o terreno fora uma casa comprada pela prefeitura e utilizada para instalar a UBS. Gestora 2 levou um tempo para me receber, já que estava atendendo um paciente. Também muito simpática, mas um pouco mais fechada que Gestora 1. Entendi que era uma postura pessoal mais reservada e objetiva, e isso se expressa nas respostas que iam direto ao item das questões que eu fazia, sem expor muito além sobre seu fazer ou sobre si mesma, demonstrando sempre ser uma pessoa que muito planejava e via seu trabalho acontecer dentro de seus planos. Exceto quando viu abertura para falar um pouco sobre sua experiência como mãe e sobre seu parto, ainda que nada tivesse a ver com o roteiro da entrevista.

Nesse momento, senti um relaxamento até da postura corporal enquanto contava sobre o descontentamento de seu parto não ter seguido o seu planejamento, sendo que em momentos próximos ela contava sobre suas práticas exitosas com o sistema de informações que utilizava e como capacitou as colegas enfermeiras do município a utilizá-las e como sempre conseguia planejar e antever as metas muito antes do final do quadrimestre. Ao final da entrevista, senti que tinha conseguido fazer um bom trabalho por ter conseguido aproximar alguém que queria manter uma postura distanciada por achar que isso era ser profissional - extrair o lado mais humano. Contudo, inevitavelmente fiz um movimento de comparação com ela, visto que aos 28 anos, ela já era gestora de ESF há três anos e eu, à época com 26 anos, não estava inserida no contexto de trabalho que eu tanto desejara.

Estar em campo me remeteu à época em que eu fazia estágio na Atenção Básica e fez eu me sentir reconectada com a prática profissional de que eu gosto, ainda que eu estivesse ali como pesquisadora e não como psicóloga deste serviço.

3.6.2.3 Transcrição das entrevistas e contato mais aprofundado com o conteúdo

Transcrevi partes das entrevistas em ambientes médicos devido a visitas a hospitais por questões de saúde de familiares, para otimizar tempo. O mais curioso disso, é que em tais ambientes, com forte presença de mulheres enfermeiras, ainda que o cenário fosse diferente, eu via muito do que eu estava ouvindo na gravação de Gestora 1 acontecer na minha frente, quando elas falavam das condições de trabalho e da intensa demanda sobre os profissionais da enfermagem.

Por vezes senti vontade de conversar com essas profissionais que nada tinham a ver com a minha pesquisa sobre essas questões, no entanto eu as ouvia dizer ao passarem pelos corredores “ainda nem parei pra fazer xixi hoje”, “você ainda não foi almoçar? já passou do seu horário, vai almoçar, eu cubro seus pacientes”. Se não tinham tempo para necessidades básicas, não poderiam conversar comigo.

Ao transcrever, reescutar o que antes você ouviu enquanto era falado produz o efeito de poder reconectar, reconhecer e associar narrativas com a sua história - como eu fiz ao lembrar da minha vivência de estágio e da minha pós-graduação. Foi ver ganhar vida o que eu estudo. Ao ler o transscrito pelas diversas vezes foi possível fazer associações entre tudo que já estudei sobre Atenção Básica e o que já vivenciei; e refletir para construir a produção acadêmica embasada na realidade observada em outras pesquisas.

4 GESTÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E PRECARIZAÇÃO

A partir dos resultados apresentados, é possível estabelecer uma articulação com a literatura revisada para a construção dessa pesquisa, na abordagem da gestão na Atenção Básica e da precarização do trabalho em saúde. As macrocategorias irão ser retomadas e discutidas aqui no sentido de contextualização, para em seguida, os dados serem correlacionados aos objetivos específicos traçados. O conjunto de dados decorrentes do diário de campo entremeará as discussões com intenção de enriquecer as reflexões a partir do olhar da pesquisadora.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO A PARTIR DAS MACROCATEGORIAS

4.1.1 Dados sociodemográficos e profissiográficos

Essa parte abordará aspectos da vida das entrevistadas que são compreendidos como fatores que atravessam seu fazer como profissionais de saúde e pessoas. A partir das respostas das participantes nas entrevistas, foi possível organizar o quadro 4 que explorou dados relacionados às suas condições de vida e trabalho.

Ambas atuam no município desde o princípio de suas carreiras como enfermeiras. Ao serem perguntadas sobre tempo de atuação na Atenção Básica e como gestora, elas explicam que no município em questão, a enfermeira quando é contratada e inicia seu trabalho na Atenção Básica já se torna responsável pela equipe de saúde da família (eSF), sendo assim responsável pela Unidade de Saúde.

Cada Unidade é identificada como ESF pois, no município, existe sempre apenas uma equipe por local, sendo essa uma particularidade da gestão municipal, sinalizada como possibilidade dentro da PNAB, que orienta, para UBS com Saúde da Família em centros urbanos, o parâmetro de uma UBS para, no máximo, 12 mil habitantes, localizada dentro do território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. É preconizada na mesma política que, para garantir a coordenação do cuidado, ampliar o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, a recomendação de população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. Essa faixa populacional é a orientação básica, mas a mesma portaria comprehende a complexidade de distintos territórios e sinaliza que podem existir outros arranjos de descrição, conforme

vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (PNAB, Brasil, 2017).

Além disso, é importante visualizar que se trata de um município com regiões de vazios demográficos e vastos loteamentos de terra distanciados, o que explica uma ESF acompanhar mais de cinco mil pessoas e a outra não chegar a um mil.

Encontramos isso nos relatos de ambas:

[...] aqui em [nome do município] quando a gente entra como enfermeiro já é pra assumir a unidade porque cada unidade é uma equipe, pega essa função. A minha UBS é assim. Aqui eu entrei em 2017, mas antes eu ‘tava em outro território, mas nos dois lugares sempre como gestora.’ (Gestora 1)

[...] aqui a gente já entra responsável pela UBS, sempre na ESF enfermeiro é coordenador no município. Já entra na função de enfermeira e coordenadora. (Gestora 2)

É de interesse destacar o tempo de deslocamento destas trabalhadoras a seus postos de trabalho. Para muitos trabalhadores no Brasil, esta é uma temática de interesse visto que, principalmente em grandes centros urbanos brasileiros, 36% da população gasta mais do que uma hora no trânsito no trajeto casa-trabalho daquele trabalhador, o que impacta na qualidade de seu sono, tempo disponível para lazer, atividade física e manutenção de relações de afeto (CNI, 2023). No município em questão, o tempo médio de deslocamento era de 43 minutos, segundo censo de 2010, não sendo encontrados dados mais recentes nos parâmetros (SEBRAE, 2013). No entanto, há que se observar que, no fazer das entrevistadas, é preferível que se more no mesmo território do serviço de saúde, ou ao menos perto, devido à necessidade de conhecê-lo e de valorizar a população local. Tal proximidade territorial prevista favorece um tempo de deslocamento mais curto e também impacta na relação estabelecida com os usuários do serviço de saúde.

[...] eu venho de carro, moro há 5 minutos, bem pertinho. [...] me dá o privilégio de levar e buscar meus filhos na escola, almoçar. [...] É maravilhoso, eu almoço em casa. [...] hora do almoço eu moro perto e vou pra casa comer [...] Eu sou do território, conheço todos, as demandas do território... É a comunidade que você mora. Alguns pacientes me viram criança, moro aqui desde pequena, não aqui nessa rua (risos) mas nessa parte de [nome do município] (Gestora 1)

[...] eu já entrei tranquila pro trabalho porque como é perto tinha facilidade de comunicação com meus pais porque quem toma conta da minha filha é minha mãe, falo toda hora, manda foto, manda vídeo, então nunca fico longe. Eu tenho notícia dela o dia inteiro, eu vim tranquila, foi mais a questão do desmame, então ela

começou a alimentação, manteve a amamentação. E foi mais fácil trabalhar aqui por eu ser da área [território], então eu já conheço. (Gestora 2)

Nas falas de ambas, a proximidade com o local de trabalho figura não só como um benefício à qualidade de vida, mas como possibilidade de desempenhar atividades relacionadas ao cuidado com a própria família, nas atividades mencionadas com os filhos, por exemplo. A questão da dupla jornada atravessa a história de vida de muitas pessoas, principalmente mulheres.

Quanto ao aspecto de renda, apenas Gestora 1 reforça e nos apresenta o cenário em que profissionais da enfermagem têm vivenciado lutas para garantia de salários condizentes com suas funções, o que força a necessidade de variadas maneiras para produzir renda, causando exaustão a esses profissionais. As entrevistadas recebem na faixa de 2-3 salários-mínimos⁵, o que representa um máximo de R\$4.200,00 de receita mensal. No entanto, a Pesquisa Nacional de Cesta Básica de Alimentos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2024) aponta que, para o período de realização da presente pesquisa, janeiro de 2024, o salário-mínimo do brasileiro deveria ser de R\$ 6.723,41.

porque é uma profissão que realmente, você lidar com vida e morte é muito difícil, não é um cansaço só físico, é complicado, você se desestabiliza, não é fácil lidar, entendeu? aí chega lá no final que ‘nego’ pesa, aí é onde eu não sei sinceramente, eu não sei o futuro da enfermagem qual vai ser não, não sei se vai vir essas melhorias, no nosso piso salarial, porque tá sofrido, a enfermagem está sangrando, a gente fala isso, mas isso é real, não muito aqui, mas muitos tem que ter dois, três empregos [...] enfermeiro nunca tem um trabalho só [...] minha saúde quando eu juntava esses 3 trabalhos era horrível, eu engordei. Em 7 meses foi péssimo, você não tem qualidade de vida, você não dorme, você vai de um pro outro, o pior é isso, sair de 24 horas acabada, vinha pro posto, saia do posto, vinha de lá pra cá, aí sua qualidade de vida cai muito né, aí eu falei num dá, num dá, num dá, também vai ficando mais velho, no começo eu era nova, tem outra disposição, mas o tempo vai passando, você vai ficando cansada, aí a saúde mental não fica legal, não adianta porque não fica, você só trabalha não tem tempo pra nada, aí você começa a dar uma prioridade (Gestora 1)

4.1.2 Formação e contexto de atuação na Atenção Básica

Essa macrocategoria de análise tratará das categorias: a) Construção como profissional de saúde-enfermeira-gestora; b) Interação Gestora-Equipe; c) Aspectos precarizados do trabalho na Atenção Básica e d) Características do Território. Tal macrocategoria abarca, então, o percurso profissional dessas gestoras no contexto de seu fazer, associando sua formação de enfermeira com sua prática profissional de gestora, sua relação com sua equipe

⁵ Considerando salário-mínimo de R\$ 1.412,00 (para período maio de 2024) a partir de DECRETO N° 11.864, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2023 que dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2024.

de trabalho, as vivências comuns da Atenção Básica partilhadas por essas profissionais com os demais profissionais de Atenção Básica em sua equipe e as características do território onde atuam que impactam em seu fazer.

4.1.2.1 Construção como profissional de saúde-enfermeira-gestora

Essa categoria tratará de abordar o processo da entrevistada em seu percurso de construção como profissional da saúde que é enfermeira e gestora. Ou seja, aqui serão abordados aspectos que contribuem para entender quem é essa profissional a partir de sua formação e atuação como enfermeira que lidera uma equipe de saúde da família.

Ambas são enfermeiras e assumiram cargo de gestão de equipe no município recém formadas, sem experiências anteriores de outra ordem. Gestora 1 conciliou por alguns anos a equipe de saúde da família com outros trabalhos na enfermagem posteriormente, como plantonista em hospitais.

Tanto Gestora 1 quanto Gestora 2 sinalizam que o preparo para assumir os cargos de gestão que exercem não veio antes da prática.

[...] o preparo é a prática, você chega aqui você vai aprendendo o serviço, e o serviço de um gestor não existe sem uma equipe, não existe, então quando eu cheguei aqui eu encontrei muita gente boa também que foi me ajudando. como você sabe na Atenção Básica é diferente o enfrentamento, tem que lidar com o agente de saúde, não é fácil. o começo não é fácil, só que graças a deus quando eu cheguei peguei uma equipe maravilhosa, então pra mim foi muito fácil pegar por conta da equipe, fui bem acolhida, não tive dificuldade de pegar o serviço (Gestora 1).

[...] o enfermeiro que tinha em [território próximo] me capacitou na unidade de lá me mostrando como funcionava o sistema, o que precisava preencher no PEC de manhã, e quando foi 12h eu já assumi a unidade, no mesmo dia. me mostrou o sistema, ai de tarde eu já vim conhecer, porque como aqui tava sem enfermeiro, ele atuava lá e aqui, ele mesmo me apresentou a equipe e eu já fiquei. (Gestora 2)

Ambas sinalizam ainda que a formação do curso de graduação tampouco traz conhecimento prévio para gerir uma equipe, e que tal função demanda aprendizado na prática e manutenção de rotina de estudos dentro da área da enfermagem e da gestão em saúde para efetivação de seu fazer em promoção de saúde e prevenção de doenças.

[...] você sabe que a gente não sai da faculdade 100% né? fora a educação continuada que a gente mantém no SUS, um monte de curso. (Gestora 1)

[...] durante a graduação eu não aprendi a ser gestora, aprendi pré-natal, preventivo, mas aqui a gente lida com a comunidade, parte burocrática que a gente tem que responder pra coordenação, a realidade é totalmente diferente, só aprende fazendo, e se mudar pra um outro lugar é diferente. o sistema é igual, mas a comunidade é totalmente diferente de outro posto. (Gestora 2)

4.1.2.2 Interação Gestora-Equipe;

Essa categoria se encarregará de analisar a formação dos vínculos entre a gestora e os demais trabalhadores da Atenção Básica com os quais ela estabelece relação em seu cotidiano.

Tanto Gestora 1 quanto Gestora 2 demonstram ter maior contato direto com profissionais dentro do saber da enfermagem, ou seja, os técnicos de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde, assim não há tanto espaço para pensar a interdisciplinaridade em suas ações. O profissional médico também aparece no seu cotidiano, mas em interações mais pontuais e em menor frequência, como discutir o caso de um paciente. Sendo assim, orientar e efetuar o trabalho junto aos ACS é sinalizado como esforço diário, pois junto disso, as gestoras devem manejá-las também interações de cunho interpessoal entre seus colegas de trabalho, visto que ocupam lugar de liderança, e para que consigam delegar tarefas e obter resultados precisam estabelecer uma relação de confiança e respeito.

[...] infelizmente tem pessoas que são fáceis e tem as que são difíceis, você vai lidar com os dois aqui, isso é difícil gerenciar. O mais difícil do enfermeiro da Atenção Básica é que ele responde por todo o mundo que tá aqui. Não tem o assistencial e o gerencial, eu concentro as duas coisas, então vamos supor se eu tivesse aqui agora fazendo pré-natal, eu ia tá de porta fechada, eu não tenho como tá aqui atendendo e sabendo onde cada um ACS foi. Tenho que ter um bom relacionamento com todos, confiança, se não o trabalho não vai. (Gestora 1)

[...] então o maior conflito que tem dentro da própria equipe, mesmo que todo mundo se gosta, é muito isso, às vezes um toma conta da vida do outro e aí eu tenho que organizar a estrutura pra conseguir botar as coisas no lugar, aí começa a dar certo. aí vem aqui falar “ah porque fulano gritou comigo, fez isso, fez isso” cadê fulano? bota do lado. acabou, é uma mágica. entendeu? porque se você não souber lidar com isso, a fofoca, o trabalho não rende. eu fico brincando com eles que tem vez que parece a quinta série b, então tem que ter esse jogo de cintura se não cria conflito (Gestora 1)

[...] tem lugar com muitas pessoas diferentes, mas a nossa convivência diária não tem como a gente não se entender. então acho que com o tempo a gente foi se encaixando, quando tem que resolver senta todo mundo na sala, conversa, no começo era mais personalidade, uma entender a outra. só mulher né, então depois disso que a gente passou a se entender, acho que ficou mais tranquilo. (Gestora 2)

Dentro dessa interação, é percebida também a valorização da capacitação técnica entre enfermeira-gestora e ACS, visto que ensinar o trabalho se torna parte crucial para o andamento da prática, fruto infelizmente de lacunas de conhecimento prévio dos trabalhadores ao assumirem suas funções.

[...] os ACS agora estão tendo com a prefeitura um curso pra aprender mesmo o que é ser um ACS, mas antes não sabiam nada quando chegavam. imagina chegar uma equipe nova e eles não sabem o que é hipertensão? no outro dia tem que ir na rua fazer VD. pro enfermeiro não é fácil ter que manejá-los tudo, mas depois que pega,

as coisas se ajustam. eu acho que ACS tinha que ter ensino técnico, porque não tem como, é muito complexa a função. eu já recebi ACS que não sabia escrever. agora melhorou dando treinamento [...] o curso funcionou e eu vejo que eles foram preparados cientificamente. mas agora o certo seria quando chegasse uma pessoa nova ela também tivesse esse curso porque isso demanda muito do enfermeiro fazer essa educação cada vez que chega um. a teoria pode ter, mas a prática... e a prática é comigo porque eu tô muito com eles, é por isso que eles voltam com tanta demanda da rua. (Gestora 1)

E assim, Gestora 1 demonstra ainda que, dada a construção de uma relação de confiança e capacitação técnica, ela traz uma intervenção positiva para as carreiras de seus colegas de trabalho, incentivando-os a capacitarem-se além da função de ACS, o que lhe traz contentamento.

Eu sempre falo pra eles: estuda, porque não dá pra ser ACS a vida toda. muitos já fazem técnico de enfermagem, eu já perdi um monte porque eles se formam e vão trabalhar, mas eu fico toda feliz por eles crescendo. tinha uma menina que era acs há 10 anos, eu falei pra fazer técnico, ela fez, hoje ela é técnica de enfermagem aqui na unidade mesmo. as pessoas precisam do empurrãozinho. e aqui troca muito assim. além de gestora eu me torno alguém que incentiva na vida (Gestora 1).

No entanto, esse lugar construído de referência pode ter um viés que acarreta mais uma função ao fazer dessas gestoras, o viés do suporte para além do entendido como parte do trabalho prescrito, um suporte muitas vezes psicoemocional para fazer frente às dificuldades que tocam a esfera pessoal desse trabalhador.

Por vezes, dentro dos desafios ligados a práticas gerenciais e cotidianas, a ideia corporativa do “Somos uma família” figurava como a resposta que sinalizaria a solução da questão. Há que se questionar se esta não é uma face expressa da precarização do trabalho, ou seja, a desassistência técnico-gerencial por parte da instituição que faz com que, para que o trabalho funcione, habilidades para além das demandadas no trabalho em saúde são postas como necessárias para lidar com as adversidades, e por se tratarem de mulheres mães, o apelo maior ao aspecto emocional e familiar-maternal, da cuidadora que cuida, mas que não tem seu lugar de receber cuidados institucionais como suporte às demandas mais sensíveis do trabalho.

Pesquisadora: Você encontra suporte técnico e/ou psicossocial na equipe ou mesmo em outra instância?

Entrevistada: aqui? sim. é uma família, se tem um problema todo mundo resolve. (Gestora 2)

“tem uma adm que o esposo faleceu tem dois anos, ela passou um momento muito complicado, todo mundo carregou ela no colo, ninguém esperava que fosse ser todo mundo tão solidário, e ficou muito tempo, qualquer coisa a equipe se prestava a ajudar perguntava “ah, posso fazer?”, ai eu falei pra ela “caraca, tu tá amada, né?” (Gestora 1).

Esse caráter precarizado do fazer das gestoras se expressa no fato de não haver ações sistemáticas de saúde do trabalhador da saúde que as inclua, visto que institucionalmente tais ações são voltadas aos ACS sem a presença das gestoras, ainda que sejam também trabalhadoras da saúde. Gestora 2, ao ser perguntada sobre suporte dessa ordem ofertado, trouxe uma resposta mais esquiva, sinalizando fazer a manutenção de seu cuidado como trabalhadora de forma mais individual e retomando a fala sobre aspectos do trabalho. Já Gestora 1 sinaliza:

[...] quando tem é mais com eles, não me envolve não, porque é do trabalho dos acs, as queixas deles. pra mim existe o suporte do meu médico psiquiatra, eu chego na sala dele e falo “doutor, eu não aguento mais” (risos) aí ele ri de mim, eu peço um calmante ele fala que não vai passar... brincadeira, eu vou lá, converso muito com ele, ele tem essa visão mais ampla. tem dia que vem um aqui, senta, fala tanta coisa, chora, eu não aguento também, mas tem que deixar a pessoa desabafar, lidar com o público é muito cansativo, e é aquilo que se qualquer coisa der errado a Atenção Básica se responsabiliza, ou seja, chama pra mim. (Gestora 1)

Diante do exposto, é possível compreender que a interação cotidiana e o vínculo construído entre gestora e demais trabalhadores visa promover cuidado no contexto de trabalho, no entanto, isso ocorre muito mais para fazer frente às diferentes intempéries da função do que por livre demanda do grupo.

4.1.2.3 Aspectos precarizados do trabalho em Atenção Básica

Essa categoria se encarrega de abordar aspectos comuns no cotidiano de trabalho na Atenção Básica que são encontrados em precarização nos relatos das entrevistadas.

A Visita domiciliar (VD) é uma atividade comum de cuidado na Atenção Básica, cujo objetivo é o contato do profissional de saúde com a população para ações de cuidado direto, investigação e estudo de caso ou orientações de saúde, muitas vezes utilizada quando o paciente não pode ir até a unidade de saúde ou quando existe necessidade do profissional visualizar in loco como se desenha a dinâmica de vida do paciente e/ou população que vive junto. No entanto, visto um acúmulo de funções da gestora, - prática gerencial e assistencial - essa parte de seu trabalho ou fica prejudicada e não acontece, ou acontece em detrimento da agenda de atendimentos programados na unidade de saúde, que precisam ser remarcados. Isso aparece no cotidiano de Gestora 1:

[...] se eu preciso sair, tem o pessoal da adm, mas elas não tem responsabilidade de enfermeira, então se eu precisar me ausentar eu tenho que deixar avisado, aí eu tenho coordenação, eu aviso “óh aconteceu um problema, tenho que sair da unidade”. Não dá pra sair saindo não pela responsabilidade, mas as minhas saídas em VD são programadas até por isso. Mas coisa que vai deixar furo, uma emergência muito grave, por exemplo hoje de manhã, eu tinha pré natal pra atender, então se eu passei

mal, aconteceu um acidente comigo, não tem quem substituir, então todo mundo que chegar vai ser remarcado, não tem como ninguém atender no meu lugar. (Gestora 1)

A ocupação do ambiente da UBS também atravessa negativamente o fazer dessas gestoras que precisam remanejar ou mesmo repensar ações - aferição de pressão, por exemplo - devido à ocupação do espaço dos estabelecimentos de saúde em que atuam. Por vezes precisam dividir o mesmo ambiente de ações gerenciais - reuniões, planejamento, distribuição de área - com o ambiente das práticas assistenciais - coleta de exames de saúde da mulher. Além de terem de manejar a ambientação para melhor acomodar os pacientes, lidando com elementos do clima, como calor ou chuva, ou de conforto, como cadeiras, já que não há espaço para que muitos pacientes esperem atendimento dentro da unidade.

[...] não dá pra botar paciente a tarde porque eu gosto de ter esse tempo de acompanhar o trabalho, e eu também acho que a tarde é muito calor. a unidade é muito pequena, eu não tenho onde sentar minha demanda, então se eu coloco atendimento a tarde, isso lota e é muito calor, a tarde é só o médico que atende, ai junta com a sala de espera da vacina, se eu atender também isso aqui vira uma loucura. mais de 30 pessoas e eu não tenho lugar pra acomodar, nem sombra e nem cadeira. a gente vai botando pra dentro de 3 em 3 pra não ficar insuportável [...] a minha sala é essa mesma, quando você chegou tava os acs tudo aqui, cheio de papel, eu atendo aqui, faço pré-natal, reunião, é tudo aqui (Gestora 1)

[...] eu to conversando com você aqui que é a sala de verificar pressão, se chegar alguém pro médico, sem eu falar nada todo mundo se organizou, sabiam que você viria. se precisar verificar pressão eles já sabem como fazer sem eu falar nada (Gestora 2)

Gestora 2 sinaliza esse conflito de espaço, mas fazendo referência à forma como consegue lidar com essa dinâmica, que é antevista e planejada com os outros membros da equipe. No entanto, conseguir lidar com a situação não minimiza o fato dela existir como mais um elemento complicador do seu fazer de gestora.

A frequência de mudança na equipe de ACS também se configura como um aspecto complicador para a efetivação do trabalho, sendo listada como desafio nas entrevistas, pela necessidade de ensinar aos novos ACS, que geralmente são pessoas que não trabalhavam na saúde antes de assumir tal função, as atribuições de seu trabalho. Ambas sinalizam que tal movimentação ocorre em anos após eleições municipais. Essa é sinalizada também como uma dificuldade para a população, visto que o ACS é o profissional que mantém contato direto com os cadastrados a partir de visitas domiciliares, então quando estes profissionais mudam, a população perde sua referência de confiança e resistem a deixar uma pessoa desconhecida adentrar sua casa.

[...] eu acho que foi quando chegou o pessoal novo porque trocou toda a equipe, trocou a prefeitura. então foi um desafio, chegou todo mundo novo, ninguém sabia

desenvolver o serviço, foi difícil. treinar o pessoal tudo junto do começo, eu sozinha tendo que treinar 10 a/cs novos. a prefeitura permitiu começar a ter o técnico adm pra ajudar na ESF, ai peguei uma ACS antiga pra ficar adm e ela me ajudou muito com isso porque já conhecia o serviço na prática ensinando também os outros, mas esse foi nosso maior desafio. trocar todo mundo... alguns dos antigos com o tempo conseguiram voltar, foi desafio pra população também porque eles estranharam chegar gente nova na sua casa (Gestora 1)

[...] isso foi na troca de mandato, que quando assumi aqui era outra equipe, a única pessoa que continua aqui na unidade é eu, a técnica e a pediatra, primeiro era outra equipe de a/cs, e não tinha adm. aí foi nessa época que teve que adaptar todo mundo. eu e a técnica já tava acostumada a trabalhar com a outra equipe de um jeito, aí mudou tudo, não ia ser o mesmo jeito que a gente ia trabalhar porque são pessoas diferentes. então foi mais esse momento, esse choque de trocas. aí reorganizei minha forma de trabalho pra entender elas e elas também me entenderem e como o posto funciona. maior dificuldade porque são pessoas que nunca tinham trabalhado com público, é complicado (Gestora 2)

4.1.2.4 Características do Território

Essa categoria tratará das características próprias dos territórios em que estão inseridas as unidades de Atenção Básica onde essas gestoras atuam.

Gestora 1 atua na unidade de saúde que atende a um maior número de cadastrados no município, sendo então, de responsabilidade de sua equipe, de 5.500 a 6 mil cadastrados. A gestora explica que esse número pode flutuar visto que a área de atuação é região limítrofe com outro município e é uma localidade com número expressivo de vilas com casas de aluguel, onde as pessoas moram por alguns meses, vinculam-se à unidade de saúde, mas depois mudam-se de casa e perdem o vínculo.

[...] o cálculo do IBGE não bate porque aqui tem muita invasão, aqui se criam ruas, se você andar você vai ver que tem várias ruas que não tem nem nome, o pessoal vai abrindo a rua, vai fazendo várias casas, isso vai aumentando a nossa área e aí não entra no cálculo. E perto de [município vizinho] tem a população de lá que vem aqui. Aqui tem sala de vacina né, não é toda UBS que tem então o pessoal de lá atravessa a ponte vem a pé se vacinar aqui (Gestora 1)

Em contraponto ao exposto sobre o território de gestão de Gestora 1, no território de Gestora 2 a ocupação da população se dá de maneira diferente. A maioria de seus cadastrados mora em loteamentos grandes, o que ela denomina ‘sítios’, geograficamente mais afastados da unidade de saúde e entre si, o que cria um afastamento da população em relação à unidade de saúde. Além disso, é uma população caracterizada por ser mais idosa e sinalizada como “mais resistente” a buscar atendimento de saúde na unidade.

As casas são muito distantes umas das outras. Vindo é só mato, aqui são os loteamentos, as ruas são sítios. Você vai, atende na porteira, volta pra estrada, próximo sítio. Nossa área é mais rural. Aqui a questão das pessoas virem no posto é

diferente das outras áreas, elas não vêm, eles são aqueles pessoal de interior mesmo: “ah to com dor de cabeça, vou tomar um chá que resolve.” Hipertensão e diabetes, por exemplo: “O senhor é hipertenso? Não. O senhor toma algum remédio? Losartana” então eles não associam muito essas coisas e eles são bem resistentes a dizer que são, porque eles acham que vão controlar tudo com alimentação. (Gestora 2)

Outro aspecto do território que atravessa as práticas das entrevistadas é a necessidade de cuidado com os membros de suas equipes quando fazem visitas domiciliares (VD). Os agentes comunitários de saúde (ACS) têm a premissa de inserir-se em campo para realizar sua atividade principal: integrar serviço de saúde e comunidade. Para isso, conhecem demandas dos cadastrados, adentram suas casas, percorrem e conhecem o território. No município em questão, embora não seja o esperado, visto que cada ACS tem sob sua responsabilidade uma microárea no território, é comum e necessário que os profissionais façam visitas de forma conjunta (duplas ou grupos) para sentirem-se mais seguros diante das demandas surgidas - resistência dos cadastrados e a violência urbana. Isso está expresso nos relatos das gestoras:

Tem lugar aqui que é de risco, de tão perigoso eles pedem pra fazer a visita em grupo, não é certo, mas eu deixo porque eu sei que são áreas que tem tiroteio. Vão junto também porque tem gente que fala que ACS não vai e eles testemunham um do outro, tira foto (Gestora 1)

[...] ai pra rua vai 3 juntas, não anda sozinha, porque aqui por ser área muito rural elas não podem andar sozinha (Gestora 2)

4.1.3 Práticas gerenciais

Essa macrocategoria de análise tratará de analisar o trabalho gerencial dessas enfermeiras junto às suas equipes de trabalho e as metas e indicadores que orientam suas práticas junto à comunidade. Para compreender melhor, é necessário conhecer suas equipes.

A Equipe de Saúde da Família, como citado anteriormente, tem uma composição mínima, a qual pode variar em algumas unidades de saúde por fatores de gestão e disponibilidade de mão de obra no município. Por vezes, os profissionais vão se revezar nas unidades de saúde do território para fazer frente à necessidade demonstrada, como no município onde a pesquisa foi realizada. O quadro a seguir demonstra a formação das equipes e os dias trabalhados de cada profissional mencionado.

Quadro 6 Composição Das Equipes De Cada Gestora E Dias Trabalhados Por Semana

GESTORA 1 (ESF COM + CADASTRADOS)	GESTORA 2 (ESF COM - CADASTRADOS)
11 ACS - 5 DIAS 1 médico - 2 DIAS 1 técnico de enfermagem - 5 DIAS 2 técnicos administrativos - 5 DIAS 1 médico pediatra - 1 DIA	4 ACS - 5 DIAS 1 médico - 2 DIAS 1 técnica de enfermagem - 5 DIAS 1 técnica administrativa - 5 DIAS 1 médico pediatra - 1 DIA

1 dentista - 1 DIA 1 auxiliar de serviços gerais - 5 DIAS 1 vigilante - 5 DIAS	1 auxiliar de serviços gerais - 5 DIAS 1 vigilante - 5 DIAS
--	--

Gestora 2 menciona não ter profissional de saúde bucal em sua equipe pois seus cadastrados não faziam demanda para tal profissional semanalmente. Assim, quem precisa de atendimento com dentista é encaminhado para unidade de saúde em outro território com agenda a cada 15 dias.

4.1.3.1 Metas e indicadores

Nesta categoria, as entrevistadas contam sobre quais metas e indicadores direcionam seu trabalho e como atuam para conseguir atingi-los junto de suas equipes.

É entendido a partir de seus relatos que os indicadores utilizados são relacionados aos cuidados com gestantes, sendo metas de quantidade de consultas de pré-natal, testes referentes a infecções sexualmente transmissíveis e consulta com profissional dentista; vacinas de crianças até um ano de idade; cobertura de exames preventivos de saúde da mulher, e quantidades de consultas com pacientes hipertensos e diabéticos para controle. Esses indicadores estão relacionados ao programa Previne Brasil (Brasil, 2019), um modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Existe a meta relacionada a esses indicadores que varia de acordo com o território e a população atendida, e os dados gerados a partir das ações construídas para alcançar essas metas precisam ser registrados no prontuário eletrônico dos pacientes (PEC) para que constem no sistema de informação utilizado na Atenção Básica (SISAB), o que indicará se a equipe tem desenvolvido o trabalho esperado; esses dados são avaliados quadrimensalmente pela secretaria de saúde. Por consequência, tais esforços influenciam no repasse de verba do município para a unidade de saúde, portanto, é um esforço demonstrativo que mobiliza o trabalho em equipe.

No entanto, existem percalços para administrar essas metas, tanto próprios do sistema de informação que precisa ser preenchido virtualmente - o que gera dificuldades às gestoras de equipe para o preenchimento - quanto da oferta de serviço em saúde à comunidade, ou seja, a dificuldade de acessar os cadastrados dentro do quantitativo esperado devido à demanda. Tais dificuldades são relatadas a seguir.

[...] parece simples, mas não é, a gente tem que ir atrás da pessoa, levar o aparelho de pressão, quanto mais cadastrado você tem, mais difícil de bater o indicador. o posto é pequeno, com a quantidade de pessoa que tem fica difícil bater meu

indicador. (Gestora 1)

[...] mais pro final ai tem que ver a produtividade, aí não tem como correr, tem que cobrar deles. o planejamento é da cobertura da área, o que a gente vai fazer pra bater essa meta? “melhorou? vamo manter, não melhorou? vamo ver outra coisa” eu queria muito já sair com a puericultura agendada, falei “vamo tentar?” todo mundo “não vai dar certo” falei com o médico ele pegou, em três meses deu ruim, porque não dá, é muita gente. quem chegava novo não entrava na agenda, quem tava às vezes saía, mas isso comprovou que eu não tenho mão de obra pra demanda que eu tenho. a gente tenta bolar estratégias pra conseguir pegar quem não tá conseguindo acessar. tem que mudar direto a estratégia. uma coisa dando certo daqui a pouco não dá mais, aí a gente tem que organizar de novo. a gente tem que ir bolando, às vezes dá certo, às vezes não, a gente muda de novo. e vai mudando porque a população vai mudando, tem microárea diferente da outra. (Gestora 1)

[...] tem que bater essas metas, pra gente se torna fácil porque eu sou muito desafiada, se me ensinar a fazer uma coisa eu vou lá fazer, então quando falaram desse sistema eu fui aprender a mexer, e não foi explicado muito bem como tinha que fazer, não teve capacitação na época. tanto que em junho eu passei em todas as unidades pra capacitar as outras enfermeiras a mexer. porque eu fui a única a bater todos os indicadores, porque eu fui mexendo até aprender, fui pegando os macetes e bati a meta, aí a diretora me pediu pra capacitar as equipes depois de aprender sozinha. tem outros momentos de capacitação com uma pessoa que é T.I, mas é diferente um T.I capacitar enfermeiro, ele não atende o paciente, eu entendo um pouco de sistema e sou enfermeira, então a gente tem várias etapas, e na forma de colocar faz diferente e não bate a meta aí eu fui entendendo e consegui passar pra todo mundo. (Gestora 2)

[...] a gente vai pra rua porque eles [os usuários] não vêm, a gente vai na microárea, faz a busca ativa de quem não vem. a gente tá sempre conversando sobre tudo que acontece no posto, esse vínculo é bom. pelo fato da equipe ser menor e o número de cadastrados também fica mais fácil sempre atualizar e bater tudo. (Gestora 2)

4.1.3.2 Interação gestora-comunidade

Essa categoria se encarrega de falar sobre a interação dessas gestoras com a comunidade que atendem, seja enquanto gestoras ou enquanto enfermeiras no cuidado direto à população.

Como parte da prática gerencial, a educação da população quanto ao funcionamento da Atenção Básica é um atributo também das gestoras, mas comum aos profissionais da Atenção Básica. Nos relatos de ambas é encontrado que existe, por vezes, uma necessidade de letrar os cadastrados quanto aos serviços da Atenção Básica, entendendo que parte da população ainda pensa no serviço de saúde como um lugar para ações somente curativas, e não engajam nas ações preventivas e promotoras de saúde. Isso por vezes modifica a configuração de como o trabalho na Atenção Básica deveria ser, e se torna um dificultador para a efetivação do trabalho dessas gestoras.

[...] a pessoa só vem quando a pressão ta 200, tem que vir pra fazer o controle. aí aqui vai perder o propósito de Atenção Básica. vai chegar aqui passando mal mas não é aqui, é na emergência. eu falo “tem que marcar” eles “mas não to sentindo nada” mas é pra isso! Atenção Básica é pra você vir sem sentir nada pra não sentir

nada. isso foi uma educação continuada, hoje a população tá mais entendida. aí o que acontece, aqui zera a fila, se eu for trabalhar em outro lugar, vou ter que começar isso do zero. educar a população tudo de novo. (Gestora 1)

[...] mas às vezes confundem o fato de aqui ser promoção de saúde e não emergência. (Gestora 2)

Como parte da prática gerencial, consta também desenvolver e favorecer gestão participativa e estimular a participação dos usuários em instâncias de controle social, como os Conselhos Municipais, por exemplo. No entanto, essa é uma prática que não se efetiva no fazer dessas gestoras, visto o distanciamento da população dessa atuação mais política. Assim, o contato delas com os cadastrados é muito mais no momento de assistência à saúde.

[...] a gente nunca tem reunião com a comunidade, só palestra. outubro rosa, novembro azul, pessoal vem, participa, tem que ter café da manhã pra eles virem, senão não vêm. na AB a gente é um pouco lesado por isso, as empresas falam “você não tá doente, vai fazer o que no médico?” a gente faz um preventivo aí no trabalho não quer aceitar declaração, mulheres em idade fértil sofrem muito por causa disso. a pessoa não vai deixar de trabalhar pra vir no médico se não tá doente. teve uma que trabalhava no mcdonalds, tava acima do peso e com anemia, eu falei “você tem que comer direito” aí ela “não, porque a gente tem que comer o lanche de lá né” a gestante comer mcdonalds todo dia? isso devia ser proibido. (Gestora 1)

[...] não acontece, é difícil eles virem. eles só vêm pro que precisa, eles não são as pessoas que ficam “ah cadê meus direitos?” não, até porque aqui sempre que vem eles são atendidos. eles têm essa facilidade, o direito deles vai ser a qualquer momento. aqui se a gente marcar uma palestra de setembro amarelo a gente tem que buscar a pessoa em casa pra ter público, eles não tem costume de vir e ouvir porque é muito interior. já tive cadastrada de 40 anos fazendo preventivo pela primeira vez. não é a realidade de um posto grande que uma menina de 15 anos por ter começado vida sexual vai querer fazer um preventivo. quantos eventos grandes quem participa é a equipe? eu vou na casa de cada cadastrado, a gente volta pro posto e continua. eles têm vergonha. vem prefeito aqui ai que eles não vêm mesmo, são muito de interior, uma realidade que eu percebi totalmente diferente de outros bairros. (Gestora 2)

Quanto à macrocategoria Formação e contexto de atuação na Atenção Básica, é possível compreender o percurso que levou cada uma das entrevistadas ao cargo de gestão de Atenção Básica no município, assim como as relações que estabelece com sua equipe, com as funções que desempenha e com a dinâmica do território. Um ponto de interesse na construção como profissional de saúde-enfermeira-gestora é o que as entrevistadas levantam, o fato de que a maior preparação é a prática, e o quanto a prática em um território será em partes diferente num território diferente, visto as demandas de atenção. Isso aponta para o já preconizado do trabalho em saúde, a educação permanente, que no fazer do profissional de saúde num geral e no do gestor em específico deve se manter uma constante para que seja possível atender à complexa função. Tais achados aparecem conclusivamente na investigação

de Assad (2022), que demonstra que o desenvolvimento das competências gerenciais na Atenção Básica relaciona-se com a formação profissional permanente, a partir da prática e da reflexividade sobre esta, o que gera implicações positivas para a qualidade da assistência prestada a usuários.

Dentro disso, a Interação Gestora-Equipe figura como ponto-chave para compreender a promoção de saúde na Atenção Básica, visto que, como explicitado por Gestora 1, seu trabalho não existe sem a equipe, e como encontrado no exposto por Schlickman, Lanzone e Erdmann (2022), dependem dessa interação harmoniosa as boas práticas em promoção de saúde na atenção primária. Assim, a ruptura de sintonia entre os membros da equipe de saúde da família culmina num cuidado em saúde fragmentado, descaracterizando a proposta de intervenção pautada na Estratégia Saúde da Família. Os autores, em interlocução com Schein (1992), apontam que a cultura organizacional é um dos fatores que vai direcionar as práticas em saúde nas equipes, e esta, em muito está associada à figura do líder. Ou seja, a figura da gestora e sua interação com sua equipe constroem o processo do trabalho.

Isso se relaciona com o explicitado em Aspectos precarizados do trabalho em Atenção Básica, mais visivelmente no ponto em que abordamos o acúmulo de funções por parte a gestora, a função gerencial e assistencial, mas aqui sinalizado como uma face da precarização desse trabalho em saúde que encontra interlocução com Facas (2020), ao que este autor atribui: “A subjetividade dos trabalhadores passa, então, a ser vista como uma dimensão fundamental para a maximização da produção – sendo objeto de tentativas de apropriação por parte da organização.” Ou seja, ocorre uma interiorização demasiada das funções e uma responsabilização atribuída centrada no trabalhador, desinstitucionalizando uma responsabilidade do setor saúde - no município representado por sua secretaria municipal, a organização - e voltando-a para o trabalhador da linha de frente, a gestora, que acaba por concentrar e representar todas as responsabilidades da ESF, como Gestora 1 menciona “O mais difícil do enfermeiro da Atenção Básica é que ele responde por todo o mundo que tá aqui. Não tem o assistencial e o gerencial, eu concentro as duas coisas”. Almeida (2021) traz em seu estudo uma realidade comparável com os resultados da presente pesquisa. No entanto, diferentemente de seus achados em que existe uma dificuldade por parte dos gestores em delegar tarefas, o que acontece na presente pesquisa é a ausência, nas equipes, de pessoal qualificado que possa partilhar das responsabilidades das gestoras entrevistadas, visto que em seus postos de trabalho, são as únicas profissionais de enfermagem e que assumem o trabalho assistencial e de gerência.

No entanto, existem as particularidades das áreas onde as gestoras atuam que

interferem diretamente na direção de seu trabalho para atender seu público, como sinalizado em Características do Território, visto que diante da ocupação flutuante das suas áreas e do contato com áreas vulneráveis e de risco por violência, a mobilização de suas equipes se dá no formato analisado como mais seguro para preservação dos ACS quando inseridos nas microáreas, tudo isso planejado para que o serviço não deixe de ser feito, mas seja feito priorizando a segurança desse profissional que está em contato direto com o território, o que também aparece no estudo de Almeida (2021) que sinaliza o empenho percebido de esforços por parte dos gestores de AB conjuntamente com sua equipe na tentativa de mitigar as desigualdades que atravessam suas práticas com os usuários com o objetivo de promover um cuidado de qualidade assistindo também a equipe de saúde.

Em relação às Práticas gerenciais, no Quadro 6 temos a composição das equipes e chama a atenção o quantitativo de profissionais quando articulamos com os dados sobre quantidade de cadastrados por equipe no Quadro 5. Gestora 1, responsável pela ESF com maior número de cadastrados, incluindo-se, tem uma equipe de 20 profissionais para atender quase seis mil pessoas. Gestora 2, responsável pela ESF com menos cadastrados, incluindo-se, tem uma equipe com 11 profissionais para atender cerca de oitocentas pessoas. Exceptuando-se vigilante, técnico-administrativo e auxiliar de serviços gerais, para atendimento direto de saúde com a população, são 16 profissionais para Gestora 1 e 8 para Gestora 2. O cenário encontrado é semelhante ao de Lima (2021) e nos mostra uma disparidade para efetivação do trabalho no caso da ESF com mais cadastrados, o que reforça a fala de Gestora 1 sobre não ter mão de obra para sua demanda. Se pensamos no proposto pela PNAB, no item 3 - Infraestrutura, Ambiência e Funcionamento Da Atenção Básica, subitem 3.3. sobre Funcionamento, alínea i, temos que:

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (Brasil, 2017).

Em linhas gerais, se é prevista a possibilidade de uma equipe com o número de três mil e quinhentas pessoas cadastradas para garantir a assistência dentro dos princípios da

Atenção Básica, e também a possibilidade de outros arranjos a cargo da análise da gestão local, a realidade já não condiz com o proposto, visto que a equipe de Gestora 1 já ultrapassa a orientação com seus quase seis mil assistidos e, segundo a mesma gestora, a qualidade do cuidado fica abaixo do esperado. Ou seja, ainda que a PNAB seja norteadora e demonstre a possibilidade de adaptação a cenários diversos, é necessário repensarmos como estão sendo aplicadas as recomendações para a organização das equipes de saúde da família. E essa disparidade percebida entre as ESF em relação à sua força de trabalho e ao seu número de cadastrados se reflete em Metas e indicadores, dado que, como mencionaram, onde a população é maior - e por consequência, mais dinâmica - torna-se mais difícil atingir os objetivos, ao passo que onde é menor, os esforços atingem os objetivos com mais fluidez. Aqui, Schlickman, Lanzone e Erdmann (2022) reforçam o entendimento de que o número elevado de pacientes atendidos diariamente prejudica o processo de planejamento para as ações. E assim, encontramos uma face da precarização do trabalho em saúde, a intensificação e a deterioração das condições de trabalho (Pires, 2009; Morosini, 2016), as quais, por consequência, trazem impactos negativos para a assistência prestada aos usuários, já que esse quantitativo atravessa o contato da enfermeira com os usuários do serviço de saúde, visto que parte dessa interação precisa ser negociada. Se as práticas gerenciais - planejamento com equipe, orientação e capacitação dos profissionais - forem tomadas como prioridade, as práticas de assistência direta à população - consultas e visitas domiciliares com os assistidos da equipe - sofrerão impacto negativo no cuidado ofertado. E se as práticas de assistência não abrirem espaço para execução das práticas gerenciais, o serviço de saúde perde a premissa de coordenação e planejamento do cuidado.

Essa observação impacta na categoria Interação gestora-comunidade, a qual apresenta que, para além do momento de consultas com os pacientes, as ações de contato estão na educação da população para promoção de saúde pontualmente durante consultas ou procedimentos que venham a ter na unidade de saúde, já que a adesão da população a estar na UBS para ações outras - conselho municipal, palestras - é baixa. Porém, essa adesão não é baixa somente pela motivação própria da população, mas pela precarização no mundo do trabalho como um todo, que faz com que o usuário do serviço de saúde tenha dificuldade em acessá-lo também por não poder faltar em seu emprego, aspecto sinalizado por Gestora 1, o que Morosini (2016) reforça:

Se, por um lado, trata-se de algo estrutural, relativo à divisão social e técnica do trabalho, por outro, apresenta características conjunturais, resultantes da atual correlação de forças e os interesses que disputam a configuração do SUS e agudizam o processo de precarização social do trabalho em saúde. Tensões que podem ser

sintetizadas no conflito inexorável entre a compreensão da saúde como um bem coletivo, integralmente atendido por políticas e serviços públicos, e a saúde tomada como uma mercadoria, segmentada segundo os objetivos de acumulação do capital e acessada conforme o poder de compra dos diferentes estratos da população (classes e frações de classe). (Morosini, 2016).

Sobre Inserção da pesquisadora no território, é da alçada do método de análise empregado observar a interação do eu-pesquisador em contato com as narrativas e os sujeitos. A partir daqui, salta aos olhos a estranheza experienciada no contato com a instância responsável pelas gestoras ao comunicar sobre a pesquisa que seria realizada, o que está presente em Contato com a instância responsável pelas gestoras. Há que se questionar a cultura envolvida na comunicação entre secretaria de saúde e gestoras locais, e se é uma cultura organizacional que estimula a valorização e a liberdade dessas profissionais-líderes. Em Momento das entrevistas e Inserção no Campo, no acesso à UBS de Gestora 2, se para a efetivação da pesquisa houve dificuldade de chegar ao local, é possível entender parte do cotidiano do usuário do serviço de saúde ali, o que se relaciona com o sinalizado pela mesma gestora em relação aos seus cadastrados não engajarem em visitas à unidade de saúde mesmo que para ações de promoção e prevenção. E quanto a Transcrição das entrevistas e contato mais aprofundado com o conteúdo, entender e visualizar o contexto de atuação da enfermagem com um todo num cenário precarizado auxilia a entender as escolhas de ambas gestoras pela atenção básica e faz fortalecer o entendimento de que o setor saúde precisa de atenção da sociedade quanto à sua manutenção, seja no âmbito público ou privado. Ainda, existe aqui uma reafirmação vivenciada de um cenário precarizado do trabalho da enfermagem, mesmo que em outro nível de atenção, o hospitalar, mas que fora mencionado como problemático por Gestora 1 ao mencionar outras experiências de atuação como enfermeira, e que inclusive aparece como decisivo em sua escolha por trabalhar apenas na atenção básica.

4.2 GESTÃO EM SAÚDE: PROCESSO DE TRABALHO, FATORES INTERNOS E EXTERNOS À GESTÃO E VÍNCULO NAS EQUIPES

4.2.1 Processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no Município estudado

O processo esperado para o trabalho do gestor de atenção básica é o que se direciona ao planejamento em saúde, a gestão e organização da equipe de saúde da família, a coordenação do cuidado e das ações no território e a integração da Unidade de Saúde com outros serviços da rede de atenção no município (Brasil, 2017) e neste âmbito, cumpre com o esperado o que foi encontrado na pesquisa de campo, visto que a partir da figura da gestora de

equipe de saúde da família, a gestão do trabalho em saúde no município em questão organiza-se com metas estabelecidas para atender aos indicadores de saúde para o território, preconizado pelas orientações técnicas estabelecidas dentro das políticas de base para desenvolvimento da atenção básica (Brasil, 2017; 2019).

No entanto, atravessamentos característicos mencionados anteriormente nos trechos de transcrição das entrevistas, como elementos territoriais - distribuição geográfica circunvizinha à unidade de saúde, compreensão dos usuários sobre o serviço de saúde, forma de ocupação da área - e elementos institucionais - ausência de capacitação que faça frente às necessidades que surgem, ausência de mão de obra qualificada que dê conta da demanda - por vezes tornam seu trabalho de gestão mais difícil em relação ao preconizado, demandando habilidades diversas às estabelecidas nas portarias de orientação de prática, como ser suporte emocional para os membros da equipe, os agentes comunitários de saúde, seus colegas de trabalho, sendo essa uma interface da precarização do trabalho em saúde apontado no acúmulo de funções e no desenvolver de habilidades para as quais as trabalhadoras não têm referencial e apoio institucional - menção de Gestora 1 sobre não ser envolvida em ações de saúde do trabalhador e contar com o suporte apenas de seu médico psiquiatra. Aqui ainda vemos a expressão da precarização em camadas, atingindo os diferentes trabalhadores hierarquicamente organizados em diferentes esferas, o que Morosini (2016) delineia:

“Ainda que os fenômenos associados à precarização alcancem o conjunto dos trabalhadores da saúde, eles os atingem de forma variada, refletindo as especificidades dos diversos grupos profissionais. Compondo essas especificidades, destaca-se a qualificação profissional que compreende a formação, o valor social atribuído ao seu diploma e ao seu trabalho, a sua organização como categoria e o poder político de suas instâncias corporativas e representativas.” (Morosini, 2016)

Numa perspectiva crítica, é possível inferir que essa configuração interativa entre o processo de trabalho e a realidade vivenciada pelas gestoras não favorece a promoção de saúde entre gestoras e demais profissionais enquanto trabalhadores da saúde, sendo necessário da parte destes, em unidade, utilizar artifícios da relação estabelecida para manutenção do trabalho, como a comunicação, mencionada em partes das transcrições por Gestora 2.

4.2.2 Fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores

Quanto aos fatores internos e externos da gestão que contribuem ou não para a promoção da saúde no trabalho dessas profissionais e os demais, observamos que o fator interno que contribui é o companheirismo entre os membros da equipe para fazer o trabalho

funcionar, e isto é comparável ao que Schlickman, Lanzone e Erdmann (2022) demonstram como a interação harmoniosa que viabiliza o funcionamento do trabalho em saúde, e o que Gestora 1 explicita ser a pedra angular do funcionamento de seu trabalho: a equipe e o relacionamento que constrói com esta.

Como fator interno à gestão que não contribui, a precarização do trabalho em saúde. Os dados relacionados a este fator estão explorados na categoria Aspectos precarizados da atenção básica, expostos no acúmulo de funções da gestora que, diferentemente da realidade vista por Schlickman, Lanzone e Erdmann (2022), acontece não por ausência de habilidades para delegação de tarefas mas por ausência de profissional habilitado para compartilhar de suas funções visto que elas são as únicas enfermeiras nas UBS de responsabilidade delas; alta rotatividade de pessoal entre os ACS decorrente de rearranjos políticos no município e estritamente relacionado com a fragilidade nos vínculos de trabalho do município entre os profissionais de nível de ensino médio, o que Morosini (2016) também estampa na crítica à multiplicidade de modalidades de contratação e à flexibilidade de contratação de pessoal de forma indireta, contribuindo para a terceirização da força de trabalho na saúde, pois ainda que promovam a contratação diretamente com as secretarias de saúde, seguem as regras do setor privado, a partir de contratos determinados e a ausência de espaço físico na unidade de saúde para execução das ações de cuidado diretamente com os usuários do serviço de saúde.

Como fator externo à gestão que contribui, protagoniza a resiliência pessoal das gestoras, visto que nesse caso é uma habilidade da pessoa que está gestora para manejá-la, e não necessariamente uma prescrição para a função do gestor de AB mencionada na PNAB (Brasil, 2017). A resiliência de ambas figura como competência de gestores de AB nos achados de Mendes *et al.* (2023), os quais também partem de estudos descritivos. O repertório pessoal de ambas é o que sinalizam como fator determinante para a manutenção de seus fazeres como gestoras e de enfrentamento às intempéries do trabalho, seja a habilidade de lidar com o sistema de informação da atenção básica - listado por Gestora 2 - seja pela capacidade de criar e se readaptar diante das demandas de seu território, propondo novas estratégias para atingir metas, como sinalizado por Gestora 1.

Como fator externo que não contribui para a gestão do trabalho em saúde, a distribuição e ocupação territorial e outros determinantes de saúde que afetam a população atendida, como a vulnerabilidade social, são apontados como atravessamentos negativos, visto que existem barreiras para o acesso da população ao serviço de saúde, barreiras geográficas - a distância entre as casas dos usuários e os serviços de saúde, no caso mencionado de Gestora 2 - e barreiras sociais, como atividade laboral dos usuários dos

serviços de saúde que os inviabiliza de ter horário disponível para engajar em atividades de promoção de saúde nas UBS. Faz-se menção novamente a Morosini (2016), que denuncia a tomada da saúde como mercadoria na sociedade capitalista, podendo o cuidado com esta fazer parte do cotidiano dos diferentes estratos da população (classes e frações de classe) apenas conforme o poder de compra.

4.2.3 Construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica

Retomando aos fatores internos e externos que contribuem para a promoção da saúde das gestoras e demais trabalhadores, encontramos o que viabiliza a construção dos vínculos entre esses atores, que ocorre a partir do companheirismo na esfera do trabalho e da resiliência, anteriormente mencionados. A construção dos vínculos, observa-se, ocorre então onde justamente existe a falta, seja de aparato institucional, como capacitações periódicas a todos os profissionais, o que Gestora 1 sinaliza ser uma necessidade; seja de estrutura para o trabalho, como a necessidade de compartilhar as salas da UBS para distintas atividades sem que isso comprometa a produção do serviço e o atendimento prestado, sinalizado por ambas Gestoras - com o intuito de fazer frente às adversidades da função e, talvez inconscientemente, ser resistência em conjunto, manter-se existindo enquanto profissional e favorecendo a manutenção da existência dos outros colegas profissionais.

E há um terceiro ator na construção do vínculo entre gestora e equipe que é pra quem o trabalho também existe: o usuário do serviço de saúde. A partir da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013) entendemos a inseparabilidade entre atenção e gestão para a produção de saúde, e aqui a vinculação, principalmente entre os membros da equipe, tem potencial inclusive terapêutico frente à população atendida, com vistas à construção da Clínica Ampliada, o que por vezes não ocorre no município em questão pela ausência do trabalho articulado em rede, o que também sinalizado por Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) fragmenta as ações no processo de atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada e da análise gerada a partir dos dados obtidos nas entrevistas e do diário de campo, foi possível compreender o papel das gestoras de Atenção Básica através de seus trabalhos de gestão e de sua interação com os demais trabalhadores de Atenção Básica que acompanham seus fazeres.

O papel dessas gestoras é imprescindível para que os serviços de Atenção Básica funcionem no município em questão, e sem o fazer delas as equipes sob sua responsabilidade não teriam direcionamento técnico-assistencial, como preconizado pela legislação que orienta o fazer do gestor de Atenção Básica. Porém, para além do prescrito, tais gestoras precisam manejar suas equipes diante de circunstâncias que precarizam seu fazer. Segundo o exposto nos relatos, ambas são responsáveis tanto por gerenciar o trabalho em saúde no território em que atuam quanto por atender à população, como em pré-natais, consultas de rotina e visitas domiciliares. É possível compreender que a dupla função em seus fazeres acarreta um comprometimento do serviço ofertado à população, ao qual os esforços para dar conta da demanda conseguem fazer frente, principalmente pelo trabalho pactuado junto aos outros profissionais, os agentes comunitários de saúde. No entanto, existem percalços, como a necessidade de remanejar agenda, no caso de Gestora 1, e de fazer busca ativa da população que resiste a estar na unidade de saúde, como no caso de Gestora 2.

Ao construir o projeto da pesquisa, foram estudadas as políticas-base de orientação para o trabalho em gestão na Atenção Básica. No entanto, entrar em campo e realizar a pesquisa oportunizou conhecer a realidade de um município em específico, o que implica relembrar que o trabalho em saúde não é e não pode ser apenas “seguir cartilha”, tanto pelo fato de que cada território vive uma realidade e tem suas características e demandas próprias, quanto porque o trabalho em saúde é vivo e lida com possibilidades. Isso não significa que ali a legislação prescrita não funcione, mas sim que a legislação do nosso sistema de saúde é complexa e construída nas possibilidades do criar diante de cada lugar. O construir é, antes de mais nada, o saber-fazer do profissional de saúde na Atenção Básica. A necessidade de recriar os caminhos de acordo com cada população e demanda é a potência de um sistema de saúde vivo e equânime, ainda que por vezes sucateado. O que existe, por vezes, é um sucateamento e uma precarização do trabalho em saúde que aniquilam as possibilidades do fazer, seja porque afastam os usuários e os trabalhadores **do** - a resistência a buscar serviços de saúde tanto por não entender a valorização da promoção e prevenção em saúde quanto pelo receio

do mau atendimento exaustivamente veiculado nas mídias - e **no** serviço de saúde - a face da exploração do trabalho que muitas vezes acaba por favorecer um ambiente de hostilidade entre colegas de profissão, o “dividir para enfraquecer” já que conscientes e unidos uma classe profissional pode pleitear mais direitos trabalhistas e melhorias em condições de trabalho - seja porque existem interesses outros de ordem econômica que, com o avanço da lógica neoliberal, são orientados pelo capital cada vez mais à comercialização da saúde.

Historicamente, à população preta e parda feminina é delegada a tarefa do cuidado, e como observado em dados do COFEN (2017), é a mesma população que representa expressivamente a categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem. A enfermagem como um todo enfrenta cenário de desvalorização da profissão, por meio de salários e condições precárias de trabalho. Assim, há que se tensionar enquanto sociedade civil o lugar ofertado a essas profissionais do cuidado, visto que, conforme demonstrado, delas depende em muito o caminhar da saúde pública no Brasil em seus diferentes níveis de atenção; e é possível a nós profissionais da saúde - e chamo em especial à Psicologia, lugar de onde falo - o apoio à causa da valorização não só da enfermagem, mas das demais profissões relacionadas ao cuidado. Cabe mencionar o pleito de ambas as profissões: o piso salarial da enfermagem, as 30h de carga horária da psicologia.

É interessante observar que nas entrevistas quase não existe uma reclamação explícita, direcionada quanto ao acúmulo de funções, excesso de demanda de trabalho ou ainda, que não sejam concursadas, ou medo da instabilidade dos contratos de trabalho a cada mudança na prefeitura. Existe uma demonstração do quanto essas adversidades são superadas com o apoio pactuado entre as equipes. Questiona-se se isso não se deve a um receio de expor esses medos numa entrevista gravada, principalmente porque meu contato inicial foi com o secretário de saúde, o “chefe” dessas gestoras, e isso pode ter gerado o receio de que ocorresse uma exposição caso reclamassem. Em tempo, como fragilidades da pesquisa, é possível mencionar: possível medo de exposição de maiores descontentamentos nos relatos pela presença da gravação e a necessidade de ter entrevistado o secretário de saúde do município para compreender melhor alguns dos fenômenos observados, como a existência de apenas uma equipe por unidade. Além disso, teria sido interessante conhecer mais territórios e talvez acompanhar uma das enfermeiras-gestoras em uma imersão no território para poder compreender vivenciando seu cotidiano, pois, em complementação a isso, seria interessante ouvir também os usuários do serviço de saúde quanto suas percepções sobre a gestão.

Dado o exposto, retomo à epígrafe em que menciono as palavras Sérgio Arouca: há que se fazer o movimento de aproximação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço

para que este entenda aquele, e a presente dissertação é uma tentativa, também, de apresentar o cenário em que isso acontece ainda que com atravessamentos negativos e dificultadores à gestão. Para além de uma maior aproximação entre o setor saúde e a sociedade como um todo, fica a observação quanto ao que é produzido na academia: será que em sua totalidade as dissertações estão chegando aonde o pesquisador não chega porque não tem sinal de celular?

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. A. C. **Prática de gerentes na atenção primária**: singularidades do atendimento à população em situação de vulnerabilidade (Dissertação de Mestrado em Enfermagem). Profa Orientadora: Maria José Menezes Brito. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/39426/4/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Final%20-%20Thiara%20Amanda%20C.%20Almeida%20-%20PDF%20A%20-%2010_02_2022.pdf. Acesso em 10 de janeiro de 2023.
- ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de saúde-doença. In ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AROUCA, S. **Democracia é Saúde**. Pronunciamento. 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Vídeo. Projeto de restauração de Tania Santos e Leonardo Azevedo. Brasília-DF: VideoSaúde, 1986[2013 restauração]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Acesso em 10 de janeiro de 2023
- ASSAD, S. G. B. **A reflexividade sobre o processo de formação permanente dos gestores da Atenção Básica**: implicações para a qualidade da assistência. Tese. Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/26532/Suellen%20Gomes%20Barbosa%20Assad%20Tese.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 18jan2023
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2023
- BARROSO, B. I. L.; SOUZA, M. B. C. A.; BREGALDA, M. M.; LANCMAN, S.; COSTA, V. B. B. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]**. v. 28, n. 03, pp. 1093-1102. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbro/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/?lang=pt>. Acesso em: 29 de maio 2022.
- BERTOLLI FILHO, C. **História Da Saúde Pública No Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7248755/mod_resource/content/1/%28Bertolli%29%20-%20Uma%20hist%C3%B3ria%20de%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica%20no%20Brasil.pdf Acesso em: 1 de maio de 2024
- BRASIL. **Decreto nº 15.003, de 15/9/1921**. Faz modificações no Regulamento aprovado pelo decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Coleção das leis da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-15003-15-setembro-1921-50>

[5151-republicacao-92914-pe.html#:~:text=As%20pessoas%20encarregadas%20de%20qualquer,de%202020%24%20a%20100%24000](https://www.gov.br/mec/pt-br/media/acesso_informacao/pdf/d19402.pdf). Acesso em 21 de novembro de 2022.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Coleção de Leis do Brasil em 1930. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/media/acesso_informacao/pdf/d19402.pdf. Acesso em 18 de outubro de 2022.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília-DF. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html. Acesso em 05 de março de 2022

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 26 de maio de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. **Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas.** Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização:** a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS:** DesprecarizaSUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf Acesso em 16 de abril de 2024

BRASIL. SUS: a maior política de inclusão social do povo brasileiro. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_politica_inclusao_social.pdf Acesso em: 27 de março de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro De 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 3 de outubro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.979, De 12 De Novembro DE 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html Acesso em: 20 de junho de 2024

BRASIL. **Decreto Nº 11.864, de 27 de Dezembro de 2023.** Dispõe sobre o valor do salário-mínimo a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2024. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2023/12/dou-minimo-2024-dez-2023.pdf> Acesso em: 10 de maio de 2024

CARDOSO, H. M.; LUCIETTO, G. C.; SILVA, R. A.; OLIVEIRA, J. M.; MACIEL, M. M. Percepção do enfermeiro da atenção primária à saúde frente a atribuição de gestor da unidade. **Rev Enferm Atenção Saúde.** vol 8(2). p 3-17, 2019. Disponível em: . Acesso em 23 de outubro de 2023. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/3601>. Acesso em 28 de novembro de 2022.

CODO, W. **Um Diagnóstico do Trabalho** (Em Busca do Prazer). In: Codo, W. (Org.). TRABALHO, ORGANIZAÇÃO E CULTURA. 1 ed. Petrópolis: C.A.A., 1998, p. 21-40. Disponível em: <https://www.anpepp.org.br/acervo/Colets/v01n11a05.pdf> Acesso em: 15 de maio de 2024

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI). Instituto de Pesquisa em Reputação e Imagem. **Pesquisa Mobilidade Urbana & Trabalho:** Pesquisa de opinião pública. Abril, 2023. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/portaldaindustria/noticias/media/filer_public/91/c6/91c6a394-ee8b-4772-8f19-27fa401a295e/pesquisa_cni_mobilidade_urbana_populacao_-_fase_2.pdf Acesso em: 30 de maio de 2024

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Perfil Da Enfermagem No Brasil:** Relatório Final. Brasil / coordenado por Maria Helena Machado. — Rio de Janeiro: NERHUS - DAPS - Editora: ENSP/Fiocruz, 2017. 748 p. v.01. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/PerfilEnfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf> Acesso em 15 de maio de 2024

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM R, GRABOIS V, MENDES JUNIOR WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33. Disponível em https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/saude_doenca.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2023.

DANTAS, T. C. C.; MELO, M. L. C. O trabalho do gerente em unidade básica de saúde: possibilidades de uma prática. **Revista Brasileira De Enfermagem**, 54(3), 494-499, 2001.

Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8w6bYK5dfFws7RJPFJVGfws/abstract/?lang=pt>. Acesso em 12 de julho de 2023.

DEPIERI, M. A. L.; GANAKA, C.; BUGNI, R. P. **Crise e precarização: o papel dos negros e das mulheres no mercado de trabalho brasileiro.** Observatório da Questão Agrária e Observatório Forças da Desigualdade. 2022. Disponível em: <https://thetricontinental.org/pt-pt/brasil/crise-e-precarizacao-o-papel-dos-negros-e-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho-brasileiro/>. Acesso em: 18 de maio de 2024

DIEESE. **Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos.** Salário-mínimo nominal e necessário. Maio de 2024. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html> Acesso em: 10 de junho de 2024

FACAS, E. P. Sociedade da Performance e a falácia da liberdade no discurso neoliberal. in: SOUSA-DUARTE, F.; MENDES, A. M.; FACAS, E. P. (Orgs.) **Psicopolítica e psicopatologia do trabalho** [recurso eletrônico] Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020. 217p. ISBN -978-65-5917-012-8 DOI -10.22350/9786559170128. Disponível em: <http://www.precog.com.br/bc-texto/obras/2021pack1381.pdf>

FERNANDEZ, M; LOTTA, G; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. 2021. **Revista Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 19. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/> Acesso em: 05 de maio de 2022

FLEGELER, D. S.; GUERRA, M. A.; ESPINDULA, K. D.; LIMA, R. C. D. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/199>. Acesso em: 27 maio. 2022.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GALON, T; NAVARRO, V. L.; GONÇALVES, A. M. S. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**. 2022, v. 47. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/HMJ9BGw8d36qz33PVx3fT3M/?lang=pt> Acesso em: 27 de maio de 2022

GONDIM, R. *et al.* 4. Organização da atenção. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; JÚNIOR, W. V. M. **Qualificação de Gestores do SUS** - 2^a edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 93-120. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_22906927.pdf. Acesso em: 01 de março de 2022

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/NkL53NvwfV64hdCPk53wGNN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

IBGE. **Panorama das Cidades.** 2022.
⁶<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/xxxxxxxx/panorama>

LIMA, J. R. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde:** desafios frente à comunidade e às equipes de saúde no município de Seropédica. 2021. p.52. Trabalho de Conclusão do Curso. (Graduação em Psicologia). Orientação Profa Dra Lilian Borges. Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2021

LIMA, J. R.; BORGES, L. M. Desafios Do Trabalho Dos Agentes Comunitários Frente À Comunidade E Às Equipes De Saúde. **Revista Psicologia em Ênfase.** 2022. Disponível em: <https://ojs.unialfa.com.br/index.php/psicologiaemenfase/article/view/189/116> Acesso em: 30 de abril de 2024

LIMA, J. R; PESSOA, Y. S. R. Q; OLIVEIRA, V. M. Empresa Júnior, Seus Desafios E Contribuições Para A Formação Profissional: Autonarrativa De Uma Graduanda De Psicologia. **Revista Valore.** 2022. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/1150>. Acesso em: 16 de abril de 2024

LIMA, J. R.; SANTOS, J. R. B. Ensino, pesquisa e extensão no Brasil: a saúde à luz da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. In: Novikoff, C.; Landi de Brito, H; Oliveira, V. M.. (Org.). **Psicologia e Educação - perspectivas para um diálogo interdisciplinar.** 1ed.Curitiba: CRV, 2022, v. 1, p. 93-104.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S. EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia:** histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 257-281, 2005

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/gestrasau.html#topo> Acesso em: 20 de março de 2022

MACHADO, M. H; KOSTER, I. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde:** experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 195-215.

MARQUES, V. **Ruptura Epistemológica e Psicologia:** A importância do olhar fluido. Tese. Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. 2005. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. DOI: 10.13140/RG.2.2.35872.99841. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/315805535_Ruptura_epistemologica_e_psicologia_a_importancia_do_olhar_fluido. Acesso em 20 de maio de 2022.

MARQUES, V.; SATRIANO, C.; SILVA, E. L. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. **Linhas Críticas.** v.23, p. 369-386, 2017. Disponível em <<http://ojs.bce.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/28457/0>>. Acesso em 15 de maio de 2022.

⁶ O link foi modificado para não comprometer a identidade da cidade

MARQUES, V.; SATRIANO, C.; SILVA, E. L. Análise Narrativa Dialógica Emancipatória em diálogo com Análise narrativa, de conteúdo e de discurso. **Revista Valore**. v.5, p. 5-21, 2020. Disponível em <<https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/398/302>>. Acesso em 15 de maio de 2022.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **Portal do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho**. Saúde e Sustentabilidade. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Postado em 03/04/2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>. Acesso em: 24 de março de 2022.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica E Atenção Primária À Saúde - Origens E Diferenças Conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009 Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247/7708> Acesso em: 19 de junho de 2024

MENDES, M. K.; HAUSMANN, M. T.; PEREIRA, M. C.; JAEGER, R. de B. Competências de gestores da atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista de Gestão e Secretariado**, [S. l.], v. 14, n. 12, p. 20923–20948, 2023. DOI: 10.7769/gesec.v14i12.3230. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/3230>. Acesso em: 2 jul. 2024

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Revista Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2016, v. 14, n. 1, pp. 5-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kWfPVL3HtkSfBmmHXw8wDMz/?lang=pt#> Acesso em: 20 de março de 2022

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. DE F. A. S.. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 358–364, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6BtjK64YJ5YrgBnTTRGGffx/#> Acesso em: 30 de maio de 2024

NUNES, L. O.; CASTANHEIRA, E. R. L.; DIAS, A.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; MENDONÇA, C. S.; NEMES, M. I. B. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e175, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e175/pt/>. Acesso em 20 de março de 2022.

OLIVEIRA, A. L. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**. 2012. nº 61 Ano 27 / número 1 / 2012, p. 31-42. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189> Acesso em: 21 de março de 2022

PIRES, D. E. P. Precarização do trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. In PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Verbete. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, v. 1, p. 317-328. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em 21 de março de 2022.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and leadership**. San Francisco, United States: Jossey- Bass, 1992.

SCHLICKMANN, M. H. S; LANZONI G. M. M.; ERDMANN A. L. Cultura organizacional e características do planejamento em Centros de Saúde. **Rev enferm UFPE**. p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/252629/41828>. Acesso em 26 de maio de 2023.

SEBRAE. **Mobilidade Urbana E Mercado De Trabalho Na Região Metropolitana Do Rio De Janeiro**: Estudo Estratégico. Rio de janeiro, 2013. Disponível em: https://sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/UFs/RJ/Menu%20Institucional/SEBRAE_EP_G_set13_mob_urb_merc_trab_rj.pdf Acesso em: 20 de maio de 2024

SILVA, E. M. **A supervisão do trabalho de Enfermagem em Saúde Pública no nível local**. (Tese de Doutorado em Enfermagem). Profa Orientadora: Maria Cecília P de Almeida. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Questionário 1 - Dados sociodemográficos

Gênero

Idade

Formação

Estado civil

Religião

Filhos

Etnia/Raça

Jornada de trabalho

Vínculo de Trabalho

Renda (SM)

Tempo na AB

Tempo como Gestor da AB

Distância entre local da residência e a unidade de trabalho

Meio de transporte

Questionário 2 - Formação e contexto de atuação na Atenção Básica

- Como foi sua preparação para assumir esse posto?
- Com quais profissionais você mais interage no dia a dia?
- Existem atividades fora do turno de trabalho que visam integrar os membros da equipe?
- Quando existem conflitos, de que ordem costumam ser? E como são mediados?
- Quando um profissional precisa se ausentar, como se reorganiza o fluxo da equipe? E como é feita a comunicação?
- Enquanto equipe, qual foi o maior desafio já vivenciado?
- E para você como gestor, qual foi o maior desafio já vivenciado?
- Você encontra suporte técnico e/ou psicossocial na equipe ou mesmo em outra instância? (coordenadoria/gestão municipal)
- Existem ações sistemáticas para falar sobre saúde do trabalhador? - Descreva um dia de trabalho como gestor desta UBS

Questionário 3 - Práticas gerenciais

- Com que frequência são realizadas reuniões com as equipes? Nesses momentos são planejadas ações?
- Com quais metas e indicadores de saúde vocês estão trabalhando atualmente? - Com que frequência são realizadas reuniões com a comunidade?
- Com que frequência se discute as metas e indicadores com os trabalhadores da unidade?
- Com que frequência são realizadas avaliações (das ações, dos serviços de saúde e dos trabalhadores)?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“GESTÃO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA”**, A pesquisadora responsável por esta pesquisa é Juliana Ribeiro de Lima, mestrandona Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sob a orientação da Profª Drª. Valéria Marques de Oliveira.

O objetivo deste estudo é compreender o papel do gestor de Atenção Básica através de seu trabalho de gestão em saúde e de sua interação com os demais trabalhadores, para isso faz-se necessário identificar fatores internos e externos na gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores e também analisar a construção dos vínculos entre gestores e trabalhadores da Atenção Básica. Os participantes desta pesquisa viverão uma situação de entrevista orientada por um roteiro com perguntas sobre seu trabalho cotidiano e formação, a ser realizada para levantamento de dados socioprofissionais e para verificar os aspectos da gestão do trabalho de gestão em saúde e seus atravessamentos nos trabalhadores deste âmbito. Essa entrevista será respondida de modo individual e presencial, devendo ser gravada em áudio para facilitar o registro dos relatos obtidos. Caso seja desejo do entrevistado, esta entrevista também poderá ser virtual com encontro a ser agendado e gravado, e serão seguidos os cuidados orientados no **OFÍCIO CIRCULAR N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS**. Você receberá os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, em favor de não identificá-lo(a). Sua narrativa (verbal e não verbal – produzida em papel, áudio, gravação, filmagem) será utilizada para análise dos dados. Caso seja necessário o uso da imagem para divulgação do resultado, ela seguirá os preceitos éticos tendo como base o não prejuízo à associação de sua imagem. Para tanto, você poderá escolher se autoriza ou não o uso desta imagem apenas para o escopo desta investigação, sem caráter comercial associado. A sua participação pode ajudar a pesquisadora a compreender melhor o cenário da gestão em saúde pública, com o objetivo de colaborar com a produção de conhecimento na área.

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos para os participantes e dizem respeito a manifestações como desconforto ou leve estado de ansiedade transitória durante as respostas às questões da entrevista, levando-se em consideração que os participantes serão requeridos a recuperar memórias e informações acerca de seu trabalho como Gestor de Atenção Básica em Saúde Pública. No entanto, caso isso venha a ocorrer a pesquisadora irá oferecer o acolhimento necessário, buscando propiciar um ambiente de bem estar e segurança. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõe o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução N510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Nome do(a) participante:

Assinatura: _____ Local e data: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____ Local/data: _____

Os indivíduos que participarão da pesquisa não receberão benefícios diretamente. Todavia, são estimados benefícios da pesquisa em termos da possibilidade de que seus resultados gerem conhecimentos com potencial para embasar ações de capacitação, intervenção e melhorias para as práticas gerenciais no fazer dos gestores de Atenção Básica em saúde pública. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem total liberdade para se recusar a colaborar na coleta de dados. Mesmo tendo aceito inicialmente, você poderá ainda retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete quaisquer penalidades ou prejuízos. Você é livre para interromper sua participação se assim o desejar ou para se recusar a responder as perguntas que porventura lhe tragam algum desconforto. Sua participação não implicará em custos financeiros, ou seja, você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos do estudo, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua contribuição. É assegurado o sigilo de sua identidade e dados pessoais, incluindo se houver apresentação dos resultados em congressos ou revistas científicas. Os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora e não será permitido acesso a terceiros, garantindo sua proteção contra qualquer tipo de discriminação e/ou crítica. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, conforme Resolução 466 de 2012. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, situada na BR 465, km 7, Seropédica, Rio de Janeiro, pelo telefone (21) 2681-4749 de segunda a sexta, das 09:00 às 16:00h, pelo e-mail: eticacep@ufrj.br ou pessoalmente às terças e quintas das 09:00 às 16:00h. Para qualquer outra informação ou dúvida, você pode entrar em contato com a pesquisadora Juliana Ribeiro de Lima pelo telefone (XXX) XXXXX-XXXX ou pelo endereço de e-mail: julianarblima@ufrj.br e endereço institucional Instituto de Educação - Departamento de Psicologia da UFRRJ. No caso de aceitar participar da pesquisa, você e a pesquisadora devem rubricar todas as páginas e também assinar as duas vias deste documento. Uma via é sua e a outra via ficará com a pesquisadora. Para mais informações sobre os direitos dos participantes de pesquisa, leia a **Cartilha dos Direitos dos Participantes de Pesquisa** elaborada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), disponível no site: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o órgão que tem como objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa no Brasil, além de contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Nome do(a) participante:

Assinatura: _____

Local e data: _____

Nome do Pesquisador:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Este estudo foi analisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o registro CAAE 76530623.2.0000.0311. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir o bem-estar, a dignidade, os direitos e a segurança de participantes de pesquisa; bem como assegurando a participação da pesquisadora sob os mesmos aspectos éticos.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, entendi como é a pesquisa, tirei dúvidas com o(a) pesquisador(a) e aceito participar, sabendo que posso desistir a qualquer momento, mesmo depois de iniciar a pesquisa. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo, desde que mantida em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

- () Autorizo a divulgação dos meus dados coletados com fins de investigação acadêmica.
 () Não autorizo a divulgação dos meus dados coletados com fins de investigação acadêmica.

Reitero que estou consciente e que autorizo o uso de minhas imagens com fins acadêmicos e sem fins comerciais. Serão garantidos os cuidados éticos e que não produzirão prejuízos ou comprometimentos pessoais.

- () Autorizo o uso de imagens produzidas no estudo.
 () Não Autorizo o uso de imagens produzidas no estudo.

Nome do(a) participante:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Declaração do pesquisador

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Nome do auxiliar de pesquisa/testemunha (Se houver):

Assinatura: _____

Local/data: _____

**Este termo foi elaborado a partir do modelo de TCLE do CEP/Unifesp e orientações do CEP/IFF/Fiocruz.*

APÊNDICE C - MODELO DA CARTA DE ANUÊNCIA

(LOGO DO MUNICÍPIO)
PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa de mestrado intitulado “GESTÃO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA” por parte da pesquisadora JULIANA RIBEIRO DE LIMA e sob a coordenação e responsabilidade da pesquisadora Profª Drª VALÉRIA MARQUES DE OLIVEIRA, e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada neste município com a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

MUNICÍPIO, __ DE NOVEMBRO DE 2023

Assinatura e carimbo do responsável/função