VALORE FASF
Revista Científica da FASF Faculdade Sul Fluminense

O FAZER DO GESTOR DE ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

THE ACTIVITIES OF THE PRIMARY CARE MANAGER IN A MUNICIPALITY IN THE METROPOLITAN REGION OF RIO DE JANEIRO

LAS ACTIVIDADES DEL DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN MUNICIPIO DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE RÍO DE JANEIRO

Juliana Ribeiro de Lima[1]
julianarblima@hotmail.com

[1] Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

Resumo: A presente pesquisa teve como objetivo compreender o papel do gestor de atenção básica de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro através de seu trabalho de gestão em saúde e identificar fatores internos e externos à gestão que contribuam para a promoção de saúde no seu trabalho. 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 seus processos de trabalho e analisar os fatores que os atravessam. Junto a isso, foi utilizado um diário de campo que 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 Formação e contexto de atuação na atenção básica e Práticas gerenciais, com as categorias Construção como profissional de saúde-enfermeira-gestora, Interação Gestora-Equipe, Metas e indicadores e Interação gestora-comunidade. 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 o trabalho de gestão mais dificultoso 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.

Abstract: The present research aimed to understand the role of the primary care manager in a municipality in the metropolitan region of Rio de Janeiro through their health management work and to identify factors internal and external to management that contribute to health promotion in the your job. 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 their work processes and analyzing the factors that affect them. In addition, a field diary was used to form 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 Training and context of work in primary care and Management practices were obtained, with the categories Construction as a health professional-nurse-manager, Manager-Team Interaction, Goals and indicators and Manager-community interaction. 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 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: Basic care; Health management; Health workers.

Resumen: La investigación tuvo como objetivo comprender el papel del gestor de atención primaria en un municipio de la región metropolitana de Río de Janeiro a través de su trabajo de gestión en salud e identificar factores internos y externos a la gestión que contribuyen a la promoción de la salud en su trabajo. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica, investigación descriptiva y entrevistas guiadas por un guion semiestructurado a directivos de dos unidades básicas de salud de un mismo municipio, con el objetivo de describir sus procesos de trabajo y analizar los factores que los afectan. Además, se utilizó un diario de campo para conformar el grupo de materiales a analizar. Las entrevistas fueron transcritas y los datos obtenidos de las transcripciones fueron analizados junto con el diario de campo a la luz del Análisis Narrativo Dialógico Emancipatorio. Como resultados se obtuvieron las macrocategorías Formación y contexto del trabajo en Atención Primaria e Prácticas de gestión, con las categorías , Construcción como profesional de la salud-enfermero-gerente, Interacción Gerente-Equipo, Metas e indicadores e Interacción gestor-comunidad. Los resultados indican que a partir del rol del gestor del equipo de salud familiar, la gestión del trabajo en salud en el municipio en cuestión se organiza con metas establecidas para cumplir con los indicadores de salud del territorio, sin embargo, en ocasiones los cruces característicos como elementos territoriales y elementos institucionales hacen que el trabajo de gestión es más difícil en relación con lo recomendado. Se concluye que el papel de estos directivos va más allá de las funciones organizativas de funcionamiento del trabajo, pero gana una dimensión de atención extraprofesional, en una característica humanizada al afrontar demandas extralaborales con los miembros de su equipo..

Palabras-clave: Atención básica; Manejo de la salud; Trabajadores de la salud.

1. Introdução

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa, enquanto conquista social, um marco na forma de promover saúde no Brasil. 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 Brasil, 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, 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 (PNAB) (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 mesma portaria da PNAB 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, trouxe 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).

A partir do cenário apresentado, surgem os problemas de pesquisa desta investigação: 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? E 2) quais são os fatores que atravessam sua gestão? A justificativa da pesquisa reside 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. Junto a isso, são objetivos dessa pesquisa: 1) Descrever o processo de trabalho do gestor de Atenção Básica no município da pesquisa realizada e 2) Identificar fatores internos e externos à gestão que contribuam ou não para a promoção de saúde dos trabalhadores.

1.1. 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 portaria nº 2.436 da Política Nacional de Atenção Básica (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 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:

Figura 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: Política Nacional de Atenção Básica (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 compreende 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.

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. 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.

Diante do exposto, importou a esta pesquisa investigar na perspectiva de gestoras de atenção básica suas percepções sobre o campo e analisar isso à luz da literatura.

2. Metodologia

Para atender aos objetivos da pesquisa, a metodologia empregada 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).

2.1 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, optou-se por levar a pesquisa para 2 UBS, a partir da noção de número de usuários cadastrados, tendo a 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).

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).

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. O município está localizado em uma região estratégica no eixo logístico e possui 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.

2.2 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

Foram utilizados: a) Roteiro de entrevista semi-estruturada desenvolvido de acordo com o levantamento da literatura sobre o tema visando atender aos objetivos da pesquisa; b) gravador de celular que possibilitou gravar as informações das entrevistas e escutá-las posteriormente para análise dos dados, e c) diário de campo eletrônico da pesquisadora no qual imagens, áudios, informações e percepções sobre o campo foram salvos.

a) o roteiro está dividido em eixos temáticos que objetivaram responder aos objetivos específicos desta pesquisa, sendo eles **Questionário - Formação e contexto de atuação na Atenção Básica,** e **Questionário - Práticas gerenciais**;
b) as gravações foram feitas pelo gravador de áudio do celular e foram armazenadas no mesmo aparelho;
c) 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.

2.3 CUIDADOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa no âmbito de uma instância municipal, foi solicitado Termo de Anuência ao Secretário Municipal de Saúde para realização da pesquisa com os trabalhadores, e para permissão de ir às unidades de saúde. Com esta anuência, foi possível, por ser uma investigação com seres humanos, submeter o projeto desta pesquisa e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 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.

2.4 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.

2.5 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. Resultados e Discussão

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), as quais foram transcritas integralmente. No caso desta pesquisa, as narrativas das participantes foram agrupadas em 2 macrocategorias de dados, as quais estão relacionadas com os objetivos da pesquisa, sendo 1) Formação e contexto de atuação na Atenção Básica e 2) Práticas gerenciais, com suas respectivas categorias, como no quadro a seguir:

Figura 2 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;
Práticas gerenciais	c)metas e indicadores d)interação gestora-comunidade

3.1 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. 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 de trabalho, as vivências comuns da Atenção Básica partilhadas por essas profissionais com os demais profissionais de Atenção Básica em sua equipe.

3.1.1 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)

3.1.2 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 manejar 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 vamo 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? boto 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 manejar isso 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.

3.2 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.

Figura 3 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 1 dentista - 1 DIA 1 auxiliar de serviços gerais - 5 DIAS 1 vigilante - 5 DIAS	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 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.

3.2.1 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 quadrimestralmente 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)

3.2.1 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. ai 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.

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 na Figura 3. 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).

4. Considerações Finais

Diante do exposto, compreende-se que 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 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 como ausência de compreensão dos usuários sobre o serviço de saúde, ausência de capacitação que faça frente às necessidades que surgem e ausência de mão de obra qualificada que dê conta da demanda por vezes tornam seu trabalho de gestão mais dificultoso 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.

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.

Quanto aos fatores internos e externos da gestão que contribuem 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 externo à gestão que contribui, protagoniza a resiliência pessoal das gestoras, visto que nesse caso é uma habilidade da pessoa que está gestora para manejar a gestão, e não necessariamente uma prescrição para a função do gestor de AB mencionada na PNAB (Brasil, 2017). 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.

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.

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

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. 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. **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 2.979, 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

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/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3601. Acesso em 28 de novembro de 2022.

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.

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.

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

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

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.

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.

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

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

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.

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.

Recebido em: 19/05/2026
Aceito em: 09/06/2026

Endereço para correspondência:
Nome: Juliana Ribeiro de Lima
E-mail: julianarblima@hotmail.com

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Attribution 4.0