



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANDREA SILVEIRA DE ASSIS LINHARES

ENTRE O PENSADO E O VIVIDO: A PRÁTICA SUGERINDO AS COMPETÊNCIAS
PARA A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

SOBRAL

2013

ANDREA SILVEIRA DE ASSIS LINHARES

ENTRE O PENSADO E O VIVIDO: A PRÁTICA SUGERINDO AS COMPETÊNCIAS
PARA A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Avaliação. Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio.

SOBRAL

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- L728e Linhares, Andréa Silveira de Assis.
Entre o pensado e o vivido: a prática sugerindo as competências para a gerência na Estratégia Saúde da Família. / Andréa Silveira de Assis Linhares. – 2013.
138 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.
Área de Concentração: Saúde da família.
Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

1. Saúde da Família. 2. Gerência. I. Título.

CDD 614.098131

ANDREA SILVEIRA DE ASSIS LINHARES

ENTRE O PENSADO E O VIVIDO: A PRÁTICA SUGERINDO AS COMPETÊNCIAS
PARA A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Avaliação.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UVA)

Prof^a. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Examinadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof^a. Dra. Maria de Fátima Sousa Antero Machado (Examinadora Externa)
Universidade do Cariri (URCA)

Dedico este trabalho a Deus, por ser a origem da minha fé, da minha existência e por Ele ter oportunizado viver dois anos de aprendizado no mestrado.

À minha filha Mariana, que me acompanhou desde o útero nessa caminhada até os seus 22 meses de vida, que em muitos momentos, na sua inocência, compreendeu que a mamãe não podia se dedicar como desejava.

Ao meu marido Francisco Adaldécio Linhares, por todo amor, apoio, compreensão e carinho nessa caminhada.

À minha linda filha Larissa, por ter me ajudado nos momentos necessários. Amo muito vocês!

Agradecimento Especial

Ao Professor Doutor Percy Antônio Galimbertti Catanio, por ter aceitado orientar os caminhos nesta pesquisa.

À amiga Professora Me. Francisca Lopes de Souza, primeiro pela amizade de anos. Pelo apoio, incentivo, disponibilidade e colaboração valiosa em todos os momentos da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais que estão na Gerência da Estratégia Saúde da Família de todos os Centros de Saúde da Família de Sobral-CE, pela convivência de 12 anos, que despertaram a fome para esta pesquisa e pelo belo trabalho que desenvolvem nos territórios de saúde.

Aos gerentes, profissionais da equipe, tutores de território e representantes da gestão que aceitaram contribuir como informantes deste estudo.

Aos meus pais, Francisco Leitão de Assis e Eriene da Silveira de Assis, sempre amorosos, atenciosos, cuidadosos e apoiadores incondicionais, sempre.

Aos meus irmãos, Alex da Silveira de Assis e Allison da Silveira de Assis, por serem meus amados irmãos e comigo concederem a nossos pais o amor de filhos.

Aos companheiros e companheiras da Policlínica Bernardo Félix da Silva, novo desafio na saúde pública assumido com o compromisso de dar conformidade ao desenho da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde de Sobral. Em especial, Amélia Aragão, Érica, Carmem e Beatriz pelo apoio logístico e contribuição na coleta dos dados.

À Professora Dra. Maria Socorro de Araújo Dias, empreendedora da Educação Permanente na Saúde, com vasta contribuição estadual e nacional, pela honra de tê-la na banca de avaliação desta pesquisa.

À Professora Dra. Maria de Fátima Sousa Antero Machado, estudiosa, por ter aceitado compor como membro externo, a banca de avaliação desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, pelo esforço na consolidação do programa.

Aos colegas do mestrado, pela convivência produtiva e dialógica, em especial Amélia Romana, pela troca durante a pesquisa e Paulo Henrique Arruda Linhares pelo apoio.

Aos companheiros da Secretaria da Saúde de Sobral pela acolhida de 12 anos que me oportunizaram aprendizado permanente e uma paixão pela saúde pública, em especial pela Estratégia Saúde da Família.

Ao amigo Reginaldo Parente, pela leveza pensante e pensadora no campo de conhecimento das competências e pelo material bibliográfico sugerido.

À amiga Katianny Linhares, Cilene de Freitas, Socorro Teixeira e todos que fazem a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, celeiro fértil de aprendizado e de bons sujeitos construtores e pensadores das práticas na saúde pública.

“Se pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho; além do trabalho, a ação. E quando tudo mais faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo, a resposta e a força para encontrar a saída.”
(Mahatma Gandhi)

RESUMO

A gerência na Estratégia Saúde da Família surge como prática profissional a partir da necessidade de inserção de um profissional que esteja voltado a responder as demandas organizacionais e de atenção à saúde, bem como articular a Rede de Atenção à Saúde para garantir a integralidade da atenção e do cuidado, na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. A partir da existência desse ator, percebemos o grau de responsabilidades que o mesmo vem assumindo, por exigência do território e pela secretaria municipal de saúde. Nesse complexo de atribuições e fazeres, a sistematização das competências do gerente para a Estratégia Saúde da Família faz-se uma necessidade, frente ao desafio que está posto de reconhecer esse profissional como necessário ao bom funcionamento das ações e dos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as competências para o gerenciamento em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família através da prática dos gerentes do município de Sobral-CE. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, utilizando pesquisa bibliográfica, considerando a abordagem construtivista da competência a partir dos estudos principalmente de Bertrand Shwartz (*apud* DELUIZ, 2001), Irigoin Barrene e Vargas Zuniga (2004), dentre outras contribuições. A pesquisa foi realizada entre outubro de 2012 a abril de 2013. A coleta de dados consistiu de grupo focal, entrevista semiestruturada e questionário. Teve como sujeitos da pesquisa gerentes, tutores de território, profissionais da equipe da ESF, gestor municipal e coordenação da Atenção Primária. Essa multiplicidade de sujeitos foi propositadamente relacionada para conformar a abordagem construtivista da competência quando propõe a participação de diferentes sujeitos diretamente ligados às práticas profissionais do gerente, para análise das situações de trabalho. Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática descrita por Minayo (2008). Como resultados, pudemos identificar um grande número de práticas, atribuições e responsabilidades que foram sendo assumidas e incorporadas a partir de demandas da gestão e do território de forma assistemática, gerando uma diversidade de “modelos” de gerenciamento. Com a análise, foi possível identificar 24 competências, a qual optamos por sistematizá-las utilizando o quadrilátero da formação para a área da saúde: Gestão, Atenção, Educação e Controle Social. Dentre as competências identificadas a gestão de pessoas e a gerência de pessoal foi a mais citada pelos sujeitos do estudo.

Palavras-Chave: Competência. Gerência. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Management in the Family Health Strategy (FHS) arises as professional practice from the need for the insertion of a professional that is directed to responding organizational and health care demands, as well as articulating the Health Care Network to guarantee care integrality and the care a person needs, in the Primary Health Care perspective. From the existence of this actor, we understand the level of responsibility that they have been taking on, through territorial demand and by the municipal secretary of health. In this complex of attributions and duties, the systematization of management competencies for the Family Health Strategy becomes a need, facing the challenge that is placed in recognizing this professional as necessary for the proper functioning of health actions and services. This study had as objective to analyze the competencies for the management of Health Centers in FHS through the practice of managers in the municipality of Sobral, Ceará. This is, therefore, a case study type study, with qualitative approach, using bibliographic survey, considering the constructivist approach of competency mainly from studies by Bertrand Shwartz (*apud* DELUIZ, 2001) and Irigoin Barrene and Vargas Zuniga (2004) among other contributions. The study was conducted between October 2012 and April 2013. Data collection consisted of group focus, a semi-structured interview and a questionnaire. The subjects of this study were managers, tutors from the territory, FHS professionals, the municipal manager and Primary Care coordination. This multiplicity of subjects was purposely related to comply with the constructivist approach of competency when it proposes the participation of different subjects directly linked to the professional practice of the manager, for the analysis of work situations. For data analysis, we used the thematic analysis described Minayo (2008). With the results, we were able to identify a large number of practices, attributions and responsibilities that are being taken on and incorporated from management and territorial demands in a non-systematic manner, generating a diversity of management “models”. From the analysis, it was possible to identify 24 competencies, from which we opted to systematize, using the quadrilateral formation for the area of health: Management, Care, Education and Social Control. Among the competencies identified people management and personnel management were most cited by the study subjects.

Keywords: Competency. Management. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Mapa Sobral Distritos e Limites	76
Quadro 1	- Atributos da Atenção Primária	27
Quadro 2	- Divisão Territorial Sede	74
Quadro 3	- Divisão Territorial Distritos	75
Quadro 4	- Distribuição de 89,28% dos Gerentes da ESF de Sobral por idade, sexo e estado civil	84
Quadro 5	- As Práticas de Gerenciamento na Visão dos Tutores de Território	89
Quadro 6	- As Práticas de Gerenciamento na Visão dos Profissionais da Equipe	89
Quadro 7	- As Práticas de Gerenciamento na Visão dos Gerentes	90
Quadro 8	- Gerência do Centro de Saúde ou para o Território na Visão dos Tutores de Território	94
Quadro 9	- Gerência do Centro de Saúde ou para Território na Visão dos Profissionais da Equipe	95
Quadro 10	- Gerência do Centro de Saúde ou para Território na Visão dos Gerentes	95
Quadro 11	- Atribuições na Visão dos Tutores de Território	97
Quadro 12	- Atribuições na Visão dos Profissionais da Equipe	98
Quadro 13	- Atribuições na Visão dos Gerentes	98
Quadro 14	- Fatores na Visão do Secretário da Saúde	102
Quadro 15	- Fatores na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	102
Quadro 16	- Atividades na Visão do Secretário da Saúde	104
Quadro 17	- Atividades na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	104
Quadro 18	- Conhecimentos na Visão do Secretário da Saúde	105
Quadro 19	- Conhecimentos na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	106
Quadro 20	- Habilidades na Visão do Secretário da Saúde	107
Quadro 21	- Habilidades na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	108
Quadro 22	- Atitudes na Visão do Secretário da Saúde	109
Quadro 23	- Atitudes na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	109
Quadro 24	- Características na Visão do Secretário da Saúde	110
Quadro 25	- Características na Visão do Ex-Coordenador da Atenção Primária	111
Quadro 26	- Maiores Desafios Apontados pelos Gerentes de Sobral	111
Quadro 27	- Sistematização das Competências para Gerência na ESF	116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACAP	Acordo sobre a Conduta da Atividade Profissional
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADS	Áreas Descentralizadas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLS	Conselho Local de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EFSFVS	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistema Local de Saúde de Sobral
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGA	Teoria Geral da Administração
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	19
2.1	Objetivo Geral	19
2.2	Objetivos Específicos	19
3	REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1	SUS: breve caminhada pelo contexto histórico	20
3.2	Atenção Primária: movimento para a Saúde da Família	26
3.3	O Processo de trabalho na saúde	40
3.4	Algumas Teorias da Administração e sua influência na gerência	45
3.5	As Abordagens do Conceito de Competência de encontro à Gerência na Estratégia Saúde da Família	52
4	METODOLOGIA	63
4.1	Tipo de estudo	63
4.2	Cenário de estudo	65
4.3	Sujeitos do estudo	66
4.4	Procedimentos e instrumentos para a coleta das informações	66
4.5	Análise das informações	69
4.6	Aspectos legais e éticos da pesquisa	70
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
5.1	A Fome do Sistema de Saúde Escola: A busca das Competências do Gerente	72
5.2	A Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE e o surgimento do Gerente	74
5.2.1	<i>Caracterização do Município</i>	74
5.2.2	<i>A Gestão do Sistema de Saúde de Sobral e a Gerência na Estratégia Saúde da Família</i>	77
5.3	Entre o Pensado e o Vivido: a Prática e as Competências	82
5.3.1	<i>O Perfil Sócio-Educacional dos Gerentes do Município de Sobral</i>	83
5.3.2	<i>Do Ponto de Vista da Prática Gerencial</i>	89
5.3.3	<i>Do Ponto de Vista: Gerência do Centro de Saúde da Família e ou Gerência para o Território</i>	94
5.3.4	<i>Do Ponto de Vista: Atribuição Institucional</i>	97

5.3.5	<i>Do ponto de vista da Gestão</i>	102
5.3.6	<i>Os Sonhos na Trajetória dos Desafios</i>	111
5.4	De Volta ao Território Saúde da Família: Encontrando Pistas	114
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	120
	REFERÊNCIAS	123
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GERENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE	130
	APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	133
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O GESTOR	134
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	135
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	136
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	137

1 INTRODUÇÃO

A gênese da motivação pessoal para o desenvolvimento de um estudo no campo da saúde, mais precisamente na Atenção Primária, envolvendo, sobretudo o trabalho dos gerentes na Estratégia Saúde da família, vem primeiramente de uma tendência que nasce da graduação em Administração e concomitante a isso o trabalho na Secretaria da Saúde de Sobral, desde 2001, quando naquela época estava na função de Coordenadora de Recursos Humanos. Essa experiência primeira colocava-me em contato direto com os gerentes atuantes nos Centros de Saúde da Família. Posteriormente, continuei no sistema, trabalhando na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), como coordenadora do Programa de Educação Permanente direcionado aos profissionais com escolaridade de nível elementar e médio, ou seja, aqueles profissionais de apoio administrativo, farmácia, auxiliares de serviços, zeladores, dentre outros.

Sobral tem um legado importante na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estruturante nesse nível de atenção e a ousadia de ter iniciado uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da qual estive como preceptora de um grupo de residentes no ano de 2005, continuando como preceptora de território¹ até 2009.

Nessa caminhada, a vivência com o território, suas nuances e especificidades, principalmente na complexidade da inserção de um grupo de profissionais atuando na perspectiva da formação e da atenção, colocava-me um duplo desafio: cuidar do processo de formação de forma a acolher também a demanda da atenção que a equipe de saúde tinha em relação aos residentes. O gerente naquele cenário apresentava-se como ator estratégico, uma vez que representava uma liderança da saúde no território.

Mais uma vez minha grande inquietação ao tentar encontrar metodologias de interação que facilitassem o fluxo e contra-fluxo no processo de comunicação, de forma que o processo de trabalho correspondesse aos pressupostos da Estratégia Saúde da Família. Outra grande questão para a presente pesquisa dá-se pelo fato dos gerentes em questão terem formação em enfermagem, pouca ou nenhuma formação em gerência e toda a expectativa gerada nesse exercício tanto por parte da equipe, da gestão do sistema e da própria

¹ O preceptor de território é um profissional que acompanha as equipes de saúde e carrega em sua atuação a função pedagógica, de supervisão e de avaliação, acompanhando e discutindo o trabalho com as equipes, tentando transformar o espaço de produção da saúde, reconhecendo o território como espaço de troca de saberes e práticas.

comunidade que também constrói seu significado, acerca do papel e das atribuições desse ator.

Em 2011, estive na função de preceptora de gestão na Secretaria da Saúde de Sobral, função construída a partir da reflexão da importância de desenvolver com os gerentes as competências gerenciais necessárias ao seu papel na EFS, bem como em estabelecer uma interação com a gestão central do sistema de modo a fornecer maior fluidez na articulação dos Centros de Saúde da Família (CSF) com as demais coordenações de apoio técnico e administrativo. Considerando esse desenho, estive cada vez mais próxima da atuação do gerente e uma das ferramentas mais potentes para viabilizar esse trabalho de preceptoria foi compreender o universo onde são desenvolvidas essas práticas, quais são essas práticas, quais as dificuldades para tais práticas. Mesmo em Sobral, em um contexto onde o sistema se configura como sistema aprendente², ou seja, a reflexão da práxis deve ser parte do trabalho, ancorada numa política de educação permanente organizada pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, inclusive ações voltadas para os gerentes, a indagação da organicidade desse processo, do que é discutido, coloca em pauta se competências estão sendo desenvolvidas e como essas competências geram impacto nas ações no território.

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma das maiores reformas de estado que temos visto na história da República no Brasil, tem sido tema de vastas discussões políticas, sociais e acadêmicas tanto entre os brasileiros, como também mundo afora, dada a diversidade e amplitude do sistema, considerando fatores como os econômicos, sociais e geográficos.

A Estratégia Saúde da Família, concebida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, configurando-se, dessa forma, como estruturante no nível da Atenção Primária à Saúde (APS), é viabilizada mediante a inserção de uma equipe multiprofissional em um território com clientela adscrita. Traz em seu processo histórico, algumas transformações no cuidado, na atenção e na assistência. Sobretudo no que diz respeito ao cuidado, temos visto muitas iniciativas inovadoras rumo à efetividade dos princípios do SUS, principalmente a integralidade da atenção.

A gerência das equipes na ESF é um trabalho que envolve muitas atribuições. Envolve uma equipe multiprofissional hoje ampliada com experiências como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com proposta de trabalho embasada no matriciamento,

² Refere-se a um neologismo desenvolvido por Hugo Assmann (1988), que pretende significar o caráter de processo ativo de quem está aprendendo. O aprender passa pela compreensão de ser um fluxo constante, de algo vivo, dinâmico, em movimento, aberto e auto-organizativo. Tudo o que se vive ou o que se faz está carregado de possibilidades de aprendizagem. (BRASIL, 2006, p. 87).

com uma comunidade em processo de empoderamento a partir dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), mesmo que ainda incipiente, porém um processo em andamento e com diversas outras complexidades que envolvem a gerência de pessoas, insumos, materiais, equipamentos e um processo de trabalho que permeia a gestão do cuidado como um campo fecundo de práticas a serem exploradas.

No território, os gerentes realizam muitas ações que envolvem diversas frentes, trabalho que necessita de competências que podem advir do campo da saúde, mas também do campo da administração e da gestão, seja de pessoas, materiais, liderança, controle social, educação popular, desenvolvimento de equipes, negociação, administração pública, legislação e que se inicia principalmente com o planejamento. Essa gama de aspectos ou variáveis do trabalho da gerência deve considerar a efetividade dos princípios do SUS, em um sistema que ainda enfrenta muitos desafios como, por exemplo, a precariedade de vínculos, a incongruência nos processos de formação para a saúde, as mudanças na legislação que ocorrem a todo tempo e o financiamento que ainda não parece atender ao princípio da universalidade.

A complexidade é uma característica marcante dos sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2002), que compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, nas três esferas de governo e ainda os serviços privados, de forma complementar, sob a forma de convênio ou contratos. O SUS é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007). Trata-se de um sistema complexo por natureza e que carrega em sua essência, a responsabilidade de articular e coordenar todas as ações de promoção e prevenção da saúde, além daquelas de cura e reabilitação.

Segundo Ximenes Neto (2007), o relatório inglês do Dr. Bertand Dawson é o referencial estratégico que trata da organização do sistema de saúde, propondo uma hierarquização dos serviços a partir da regionalização, tendo como base a Atenção Primária. Nesse relatório, aponta-se que o serviço de saúde no nível primário é ofertado em um centro de saúde, elencando ainda o nível secundário e os hospitais de ensino, caracterizando a ideia de regionalização.

Segundo esse relatório, o Centro de Saúde é uma:

[...] instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes se atenderão majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios

médicos. (LAGO; CRUZ, 2001, p. 7 *apud* ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007, p. 783).

A APS fundamenta-se atualmente como uma forma de organização dos serviços de saúde em plena consonância com os princípios e diretrizes do SUS propostos na constituição de 1988, voltada para a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público dentro de um conceito amplo de saúde.

Segundo Starfield (2002), a APS é o ponto de entrada para a atenção à saúde, sendo o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção que se encontra em melhor posicionamento para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e social do cidadão. Afirmar também, que a APS é o componente fundamental dos sistemas de saúde e que tem como papel prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns, funcionando como agente de prestação de serviços que devem ser atendidos em outros lugares.

Segundo Takeda (2005), a APS além de ser a porta de entrada do sistema de saúde, constitui-se também como o local responsável pela organização do cuidado à saúde do cidadão e da população ao longo do tempo. Nessa organização inclui-se o encaminhamento para os demais pontos de atenção (cuidados secundários e terciários).

A Conferência de Alma Ata, em 1978, assim define a Atenção Primária à Saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002, p. 30-31).

Ainda segundo Starfield (2002), na Conferência de Alma Ata, ficou especificado que os componentes fundamentais da APS eram a educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente no que se refere às águas e alimentos; programas de saúde materna e infantil, imunizações e planejamento familiar, hoje preconizado como planejamento reprodutivo; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de lesões e doenças comuns; fornecimento de medicamentos essenciais da lista básica; promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

Com o enunciado da proposta, percebemos a complexidade e a diversidade dos serviços nesse nível de atenção e, principalmente, no que se refere à gerência de todo esse leque, considerando a oferta em comunidades com especificidades culturais, econômicas, sociais e epidemiológicas. De fato, embora ainda o Ministério da Saúde (MS) utilize a terminologia Atenção Básica, para designar esse nível de atenção, temos uma diversidade de ações que sugerem o desenvolvimento de práticas que vão desde a assistência, dotada nos currículos da área da saúde, mas, sobretudo de uma outra diversidade de saberes que englobam o campo social, cultural e de gerenciamento.

A versão atual do sistema de saúde brasileiro está cada vez mais dinâmica e inovadora no que diz respeito às tecnologias leves e duras (MERHY, 1997) do cuidado e da atenção, com a ampliação do olhar, exigindo dos profissionais novas capacidades e trazendo à tona a exigência de uma liderança local, capaz de animar o processo de trabalho de seus pares, de ter uma interação com a comunidade de forma a compreender suas falas, suas expectativas. O trabalho de gerenciamento do território ou gerenciamento da equipe foi uma das inquietações para a elaboração deste estudo, que se desenha a partir do novo conceito de saúde e da compreensão de cuidado.

O trabalho dos gerentes da ESF, mesmo não sendo algo reconhecido como uma profissão específica, no contexto do SUS dá-se como uma função específica, que necessita de saberes que abrangem as ciências humanas, sociais e da saúde, uma vez que, para se concretizar como prática, sua vivência está diretamente relacionada a esses saberes. A partir desse cenário surgem muitos questionamentos que tencionaram este estudo: Quais são as atribuições de um gerente na Estratégia Saúde da Família? Quais competências são necessárias para o gerenciamento no território da Estratégia Saúde da Família? O gerente se vê como um gerente do CSF ou do território? Quais conhecimentos devem ser continuamente atualizados para manter um padrão de qualidade do gerenciamento na Estratégia Saúde da Família?

Esperamos que as questões antes referidas se configurem como caminhos que podem levar a outras reflexões, neste campo fértil de possibilidades de descobertas. O emaranhado de práticas da função gerencial, para fins deste estudo traz duas questões que se apresentaram como centrais: a partir da visão dos atores investigados na pesquisa, quais competências são necessárias para o gerenciamento em um território da Estratégia Saúde da Família? Desdobramos desta outra pergunta imediatamente, considerando o contexto: Essa gerência está para o território ou para o centro de saúde? As possíveis respostas aos

questionamentos postos, longe de revelarem a verdade, virão tencionar uma prática ainda em desenvolvimento.

Registramos, ainda, que o trabalho do gerente no contexto atual das práticas de saúde e cuidado, demanda dele e do próprio sistema, questionamentos acerca do perfil que esse profissional vem desenvolvendo, o que ele vem fazendo, como vem fazendo.

Acreditamos que esse estudo contribuirá para despertar uma reflexão no que diz respeito ao fazer, as atribuições desse profissional que atua na gerência, combinando visões diversas, na perspectiva de atores do sistema e da comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as competências para o gerenciamento em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família através da prática dos gerentes do município de Sobral-CE.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócioeducacional dos gerentes do município de Sobral;
- Identificar as competências para o gerenciamento na Estratégia Saúde da Família a partir da visão dos sujeitos do estudo;
- Apontar os desafios na atuação gerencial, encontrados pelos gerentes que estão na Estratégia de Saúde da Família em Sobral.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa fundamenta-se nos diversos campos que permeiam a política de saúde brasileira, com enfoque na APS, eixo central onde se estabelece a vivência do objeto deste estudo, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família, a partir da qual se dá o trabalho da gerência, função que dá suporte administrativo, social e político à liderança de equipes que têm como função primordial o desenvolvimento das ações de saúde.

Inicialmente, fizemos a leitura das bases históricas do SUS, caminhando pelo seu movimento antecessor, qual seja a Reforma Sanitária, culminando com a constituição de 1988. Discorreremos acerca da gestão do sistema fez-se igualmente importante, uma vez que tratamos a gerência no espaço do território onde se desenvolvem as práticas da Estratégia Saúde da Família, hoje assunto tão discutido por ser a gestão, campo fértil de discussões políticas que envolvem desde a raiz do cuidado até as questões relacionadas ao controle social.

Considerando a pergunta de partida da pesquisa, discutimos com a profundidade necessária à compreensão, o conceito de competência, diretamente relacionada às competências necessárias ao gerenciamento.

3.1 SUS: breve caminhada pelo contexto histórico

Como marco histórico divisor de águas nas discussões acerca das transformações a que o país passava no que diz respeito à política de saúde, vários autores citam que a VIII Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986, em Brasília, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, foi considerado o grande acontecimento que culminaria com a criação do SUS.

Conforme demonstra Andrade (2001), algumas inovações diferenciaram essa conferência das demais, como por exemplo, a participação de usuários, considerada valiosa pelas contribuições no olhar desse ator, corroborada pela quantidade de pré-conferências ocorridas nos estados e nos municípios. Segundo Arouca (1991 *apud* ANDRADE, 2001), as discussões com essa miscelânea estratégica de atores na VIII Conferência, geraram um Relatório que foi considerado uma referência para os deputados constituintes, naquela época, dedicados à elaboração da Carta de 1998, e ainda, para os militantes protagonistas do movimento sanitário brasileiro. Conforme o documento final dessa Conferência:

[...] saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Este documento serviu de base para as discussões na Assembléia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986 *apud* BRASIL, 2007).

Fatos importantes ocorreram naquele momento histórico, como a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS constituía-se em uma estratégia-ponte para “[...] a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e a elaboração da legislação ordinária para o setor.” (CORDEIRO, 2004 *apud* BRASIL, 2007). Esses dois movimentos impulsionaram uma discussão acerca não só das questões de ordem administrativa e de financiamento do sistema, mas sobretudo, uma discussão acerca da amplitude de cobertura do que viria a ser o sistema e da representação da saúde como direito social universal a ser garantido pelo Estado brasileiro.

Como coloca Andrade (2001), a Constituição de 1988 cria, junto com o SUS, a Seguridade Social, objetivando:

[...] a universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade [...]. (ANDRADE, 2001, p. 27).

O fato da saúde ter sido reconhecida na Carta de 1988, como direito de cidadania e dever do Estado, alavancou um movimento de força jurídica de relevância pública às ações e aos serviços de saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

A Constituição Federal de 1988 traz, em seu artigo 198, a seguinte definição do SUS:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).

É importante levantar algumas considerações sobre o surgimento de uma política como o SUS, em um país com dimensões geograficamente enormes, economicamente desigual e culturalmente diverso. Que herança essa população carrega desse tempo em que sua cidadania era tipificada como “cidadania regulada” (SANTOS *apud* VASCONCELOS; PASCHE, 2007), entre os que estavam sob a égide da previdência social e os considerados indigentes?

O Sistema Único de Saúde-SUS, é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integrem funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS; PASCHE, 2007, p. 531).

A regulamentação do SUS está explicitada nas Leis Federais nº 8080 e nº 8142, sancionadas em 1990, que trazem um desenho geral do funcionamento do sistema e sua organização. Obviamente, essas leis trazem atributos e diretrizes para o funcionamento do sistema que, desde seu surgimento até a atualidade, são complementadas por outras leis, pelas Normas Operacionais – Normas Operacionais Básicas (NOB’s) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – e portarias, respeitando as negociações feitas de forma tripartite, entre os gestores municipais, estadual e federal. Esse complexo, por vezes criticado pelo excesso de edições de portarias, conforma o arcabouço jurídico do SUS.

Respeitando o conceito amplo de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania, o SUS traz consigo seus princípios doutrinários e organizativos, quais sejam: a universalidade, que assegura o direito à saúde e aos serviços a todos os cidadãos, sem qualquer distinção; a integralidade da atenção, que considera todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação das pessoas e da coletividade; a equidade, que equivale a priorizar, na oferta de ações e serviços de saúde, aqueles segmentos da população que estão mais expostos aos riscos de adoecer e ou morrer. E os princípios organizativos: descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de Assistência à Saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização.

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, exercida em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Para dar conformidade à reforma do Estado em um contexto de redemocratização, a Constituição de 1988 reconhece a saúde como um direito social e, dessa forma, propõe um modelo de atenção que tem sua base na família. O SUS traz em seu arcabouço organizativo a descentralização como proposta, que se materializa no incremento de recursos tributários para estados e municípios.

Na América Latina, e muito particularmente no Brasil, a descentralização foi introduzida como parte e processos de redemocratização, vez que os regimes autoritários caracterizavam-se por serem centralizados, burocráticos e excludentes e portadores de intervenções sociais fragmentadas e descoordenadas. (MENDES, 1998, p. 26).

A Constituição de 1988 inicia um movimento que reconsidera o papel dos estados e dos municípios diante da União onde o pacto federativo passa a ter como eixo a descentralização. A edição da Norma Operacional Básica, NOB-SUS 1996, teve como finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus munícipes. Referencia ao município o poder de se responsabilizar pela gestão de um sistema que atenda em conformidade ao princípio da integralidade, a demanda das pessoas pela assistência à saúde, entendendo o poder público estadual e federal como co-responsáveis cada um com sua referida competência.

Para Mendes (1998), na literatura aparecem tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, onde o mesmo aborda o *mix* de descentralizações que ocorreram nos serviços de saúde brasileiro, que ele chama de desconcentração, devolução, delegação e privatização³. (RONDINELLI *apud* MENDES, 1998).

³ Desconcentração: deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores sem redistribuir o poder decisório. Devolução: transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico com autonomia política e administrativa. Delegação: envolve as relações entre Estado e a sociedade civil em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para

Segundo Andrade (2006), a NOB-SUS 1996, quando afere ao município a gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão, buscava a construção da plena responsabilidade do poder público municipal, sobre a gestão do sistema de saúde em nível local e não somente sobre a prestação dos serviços de saúde, trazendo diversas interações com as outras políticas sociais. Fora criada também nessa norma, as categorias de “Gestão Plena da Atenção Básica” e a “Gestão Plena do Sistema Municipal”.

Traz ainda uma distinção entre gestão e gerência:

[...] gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (NOB-SUS 1996 *apud* ANDRADE, 2006).

Podemos atrelar ao processo de descentralização, a criação e o desenvolvimento dos Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde, uma vez que essa acepção proporciona um componente fundamental do SUS que é a participação, orientada pela Lei nº 8142 de 1990.

Voltando o olhar para o campo de conhecimento da administração, “[...] a participação nas decisões é fundamental para os processos de cooperação e compartilhamento de autoridades e responsabilidades.” (OLIVEIRA, 2008, p. 375).

Para dar conformidade ao que se propunha como saúde para todos, faz-se necessário um olhar focado no contexto local, reconhecendo as fragilidades e as potencialidades, fato que só se efetiva com a delegação de poder e responsabilidade, no caso do SUS, aos municípios, conhecedores diretos de seus problemas e de sua realidade de saúde. Esse princípio organizativo traz também em sua proposição a potência de transformar os investimentos em saúde em investimentos orgânicos, à medida que partem do reconhecimento e da responsabilidade em diagnosticar sua situação de saúde local, sugerindo que os mesmos venham de encontro às suas necessidades.

Reafirmando sua necessidade frente ao SUS, a Nova Política Nacional da Atenção Básica vem reafirmar a efetivação da municipalização quando refere ao município a responsabilidade de:

- I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;
- II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;
- IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;
- V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;
- VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;
- IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;
- X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;
- XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;
- XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;
- XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;
- XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;
- XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e
- XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

A delegação de poder através da transferência de recursos para os municípios traz consigo outra questão fundamental na implementação da descentralização, que se refere ao desenvolvimento da habilidade dos gestores municipais em desenvolver a liderança de suas equipes de trabalho, de negociação integrada com os outros municípios e com a secretaria estadual, procurando ser equânime e fiel ao seu diagnóstico local, usando de forma eficaz o recurso que está sob sua responsabilidade.

O MS reconhece a necessidade de qualificar os gestores para que os mesmos possam efetivar a descentralização, a exemplo dos investimentos na qualificação dos gestores

através da Política Nacional de Educação Permanente coordenada pela Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a fim de que os mesmos possam, em suas práticas de gestão, dentre tantas coisas, utilizarem com a responsabilidade que lhes é atribuída, e sobretudo, com eficiência e eficácia, o uso dos recursos que são destinados à saúde.

3.2 Atenção Primária: movimento para a Saúde da Família

A institucionalização do SUS foi resultado de uma grande luta, movida pela valentia de pessoas da sociedade civil, dos movimentos sociais, estudantes e profissionais da saúde que, influenciados por contextos sociais construídos como consequência de práticas muitas vezes importadas de países como os Estados Unidos principalmente, contraditórias ao que preconizava o movimento da contracultura⁴, sobretudo no apogeu dos anos 60, foram acontecimentos ocorridos nos microespaços territoriais que levaram a tantas reações que culminaram, no Brasil, com a ressignificação de uma das áreas sociais mais complexas: a saúde. O SUS traz em si muitas marcas que o destacam como a maior reforma de Estado ocorrida no Brasil. Anterior ao SUS, já se discutia em outros sistemas de saúde no mundo, as ações primárias, como estratégias para efetivar qualquer proposta de política de saúde.

Nos países com sistemas de saúde universalizantes e incluídos, como na Europa, no Canadá e na Nova Zelândia, o tema APS está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Assim, mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram o impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde. (BRASIL, 2007).

Como atributos essenciais da APS, Starfield (2002) propõe uma abordagem difundida nos países industrializados e, também no Brasil, colocando como aspectos relevantes na proposta que os serviços devem estar orientados para a comunidade, a partir das

⁴ Movimento que mostrou seu auge na década de 1960, quando teve lugar um estilo de *mobilização e contestação* social e utilizando novos meios de comunicação em massa. Jovens inovando estilos, voltando-se mais para o anti-social aos olhos das famílias mais conservadoras, com um espírito mais libertário, resumido como uma cultura underground, cultura alternativa ou cultura marginal, focada principalmente nas transformações da consciência, dos valores e do comportamento, na busca de outros espaços e novos canais de expressão para o indivíduo e pequenas realidades do cotidiano, embora o movimento Hippie, que representa esse auge, almejasse a transformação da sociedade como um todo, através da tomada de consciência, da mudança de atitude e do protesto político. (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Contracultura>) acessado em 19/04/2012.

suas necessidades de saúde; devem centrar-se na família e ter a competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais.

O primeiro atributo da APS é constituir-se como serviço de primeiro contato, ou seja, que este seja a porta de entrada para o sistema de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que o serviço esteja acessível à população. Outro atributo indispensável é a coordenação do cuidado que pode se dar através do encaminhamento, por profissionais da APS, para acesso à atenção especializada, ou seja, para os casos em que seja necessário um olhar do especialista ou a necessidade de exames especializados.

A APS, quando assume esse papel de encaminhar, está conformando um papel que lhe é atribuível de estar coordenando e filtrando o acesso aos demais níveis de atenção. Tal papel vem atualmente ser corroborado com a organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com papel estratégico da APS na coordenação dessa rede, pelo seu caráter porta de entrada do sistema, uma vez que o cidadão sempre estará usuário dos serviços de APS, pelo caráter da longitudinalidade.

O atributo da longitudinalidade está diretamente relacionado à responsabilização longitudinal sanitária pelo cidadão com continuidade da relação profissional e equipe de saúde ao longo da vida, independentemente da presença ou ausência de doença. Mais uma vez corroboramos o conceito ampliado de saúde nesse atributo. Nesse sentido, reconhecemos que as necessidades de saúde das pessoas não estão somente no nível biológico, o que amplia o espectro de necessidades para o campo psíquico e social de saúde, de modo a garantir a integralidade ou abrangência, também um dos atributos da APS.

A coordenação do cuidado e das ações de saúde é outro atributo indispensável, com o intuito de garantir a continuidade da atenção na RAS, que requer, para sua efetivação, tecnologias de gestão clínica⁵, mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais e registro das informações do paciente.

Quadro 1 – Atributos da Atenção Primária à Saúde

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	<ul style="list-style-type: none"> Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo?

⁵ É o conjunto de instrumentos tecnológicos que permite integrar verticalmente os diversos pontos de atenção à Saúde para conformar uma Rede de Atenção à Saúde, capaz de prestar atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e a qualidade certa. Utiliza instrumentos de normalização da clínica, especialmente os *guidelines* e os protocolos clínicos, construídos com base na medicina baseada em evidências. (MENDES, 2006).

	<p>de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados. 	<ul style="list-style-type: none"> • As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? • Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada?
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exige-se o cadastramento/registo de pacientes a um profissional/equipe/serviço? • As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? • Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS? • Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Abrangência ou integralidade	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. • Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? • Qual a abrangência do pacote de serviços oferecidos? • Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? • Meu médico cuida da maior parte dos meus problemas de saúde?
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos freqüentes e mais complexas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS organiza-o? • Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? • Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? <p>Há mecanismos de integração na</p>

		rede? A contra-referência ocorre?
Orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe conhece os problemas da comunidade? • A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? • A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersectoriais? • Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?
Centralidade na família	<ul style="list-style-type: none"> • Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas?

Fonte: Giovanella (2008, p. 586-587). Elaborado com base em Starfield (2002); Almeida e Macinko (2006).

É consenso que um sistema de saúde centrado em modelos hospitalocêntricos não consegue, nem de longe, dar respostas efetivas para o bem estar das populações, principalmente com a compreensão ampliada de saúde, ou seja, envolvendo elementos que carregam um significado para além da ausência de doença.

A APS vem demonstrando ser um ponto estratégico na conformação de sistemas de saúde, por carregar consigo princípios aceitáveis do ponto de vista operacional e que consideram a dignidade e cidadania, preceitos essenciais em qualquer política pública, além de sua alta capacidade de melhorar os indicadores de saúde.

É interessante lembrar que as primeiras discussões mundiais sobre a APS são antecedidas por fatos como o descontentamento da população com as intervenções de saúde, por volta das décadas de 50 a 70. Considerava-se que tais intervenções não respondiam às principais necessidades de saúde da população, como bem relata o texto abaixo:

Em contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos socialdemocratas em países europeus, a Organização Mundial da Saúde-OMS passou por uma renovação e, em 1973, Haldfan Mahler, um médico com senso de justiça social e experiência em saúde pública em países em desenvolvimento, assumiu a direção da OMS, que começou a desenvolver abordagens alternativas para a intervenção em saúde. Considerava-se que essas intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS. Foi assim que Mahler propôs em 1976 a meta: Saúde para todos no ano 2000 (CUETO, 2004 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 577).

Ainda na década de 1970, fato importante de ser referido trata-se do Relatório Lalonde, do Ministério da Saúde Canadense, que trazia como principal pauta discutir “Uma nova perspectiva para a saúde dos Canadenses” e enfatizava a necessidade de prevenir doenças e ao mesmo tempo promover boa saúde, sendo de responsabilidade governamental, organizar um sistema de saúde capaz de prover tais necessidades.

Era evidente, naquela época, que havia uma grande crítica ao modelo biomédico, tanto é que fora tema de muitas obras, inclusive a do sociólogo austríaco, radicado no México, Ivan Illich, que em 1975 lança o livro sob o título “Nêmesis da Medicina: expropriação da saúde”, em referência à deusa da vingança. No livro, Illich fez severas críticas ao modelo biomédico e desmascarava a iatrogenia produzida pela intervenção médica, fazendo uma análise acerca da baixa relação entre a assistência à saúde, praticada na época, e as reais melhorias na situação de saúde da população (ILLICH, 1975 *apud* GIOVANELLA, 2008).

No final da década de 70, impulsionada por esses e outros fatos relevantes naquele contexto histórico, aconteceu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de introduzir novos modelos alternativos de atenção à saúde.

A conferência realizada em Alma-Ata em 1978 foi um importante evento que contou com representações de 134 governos (o Brasil esteve ausente) e recebeu mais de três mil delegados. Na ocasião, o documento Declaração de Alma-Ata foi aprovado, tendo sido ratificado em 1979 pela Assembléia-Geral da OMS, que lançou em âmbito mundial a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. (GIOVANELLA, 2008, p. 578).

Embora Alma-Ata tenha trazido resultados inovadores, também sofreu críticas por algumas agências internacionais que diziam ser a Declaração muito abrangente e pouco propositiva. Como resultado disso, um ano depois, em 1979, uma reunião na Itália que mobilizou a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial, a Fundação Ford, a Agência Canadense Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento e a Agência Internacional para o Desenvolvimento dos Estados Unidos da América, discutiu, em caráter de conferência, uma nova perspectiva para a atenção primária que se denominou “Atenção Primária Seletiva”. Tratava-se de uma estratégia para o controle de doenças em países em desenvolvimento. (CUETO, 2008 *apud* GIOVANELLA, 2008). Designava um pacote de intervenções de baixo custo no combate das principais doenças que acometiam os países pobres ou em desenvolvimento, destinada a controlar apenas algumas doenças.

No Brasil, a partir da APS, o ideário da proposta fundamentada inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), com alicerces ideológicos da Reforma Sanitária, assume como missão principal a reorganização da Atenção Básica, de forma a garantir a oferta de serviços à população brasileira e o alcance dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, buscando, pela descentralização administrativa, a organização dos sistemas locais, por intermédio do apoderamento dos municípios na gestão deste nível de atenção.

Vale ressaltar a importância ideológica do conceito de saúde ampliado, na consolidação da mudança das práticas de atenção e de gestão, sem falar no controle social, componente fundamental, amparado e exigido por lei.

A origem do Programa de Saúde da Família está na decisão do Ministério da Saúde, em 1991, de implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como medida de enfrentamento dos graves índices de morbimortalidade materna e infantil na Região Nordeste do país. O PACS pode ser considerado o antecessor do PSF por alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. Entre elas, enumeramos o enfoque na família e não no indivíduo e o agir preventivo sobre a demanda, constituindo-se num instrumento de organização da mesma. De certo modo, o que se percebeu é que houve a adoção de uma prática não reducionista sobre a saúde, evitando ter como eixo apenas a intervenção médica e buscando a integração de fato com a comunidade. (BRASIL, 2003).

Segundo Ximenes Neto (2007), no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) vem utilizando a terminologia Atenção Básica quando se refere à Atenção Primária em Saúde. Ele refere que ainda não há consenso quanto ao uso desse termo e que entre os estudiosos do assunto, há grupos que utilizam o primeiro termo, e outros que preferem o segundo. Percebemos que autores como Mendes (2002), Santos e Miranda (2007), Organização Pan-

Americana da Saúde (OPAS) (2003), assim como Andrade, Barreto e Fonseca (2005) preferem a utilização do termo Atenção Primária em Saúde por sua nomenclatura de uso universal.

Para tentar resgatar a história da gênese da ideia de um programa que tivesse como eixo central o cuidado na família, Ximenes Neto (2007, p. 57) refere que: “Em dezembro de 1993, nos dias 27 e 28, um grupo de sanitaristas semeadores de sonhos reuniu-se em Brasília, para discutirem os princípios e bases conceituais e organizativas do que viria a ser o PSF.”.

Antes disso, de acordo com Sousa (2001, p. 30 apud Ximenes Neto (2007, p. 57)

[...] o Secretário Municipal da Saúde do Município de Quixadá-CE, Luiz Odorico Monteiro Andrade, vinha pautando e realizando reuniões com Halim Antônio Girade – assessor especial do Ministro Henrique Santillo do Governo do Presidente Itamar Franco –, com o apoio do UNICEF e da OPAS – nas pessoas de Oscar Castillo e Eugênio Vilaça Mendes. As reuniões segundo a autora, objetivavam encontrar formas de sustentação aos alicerces estruturados pelo PACS desde 1991.

Desde 1994, a Estratégia Saúde da Família, antes concebida como Programa Saúde da Família (PSF), está tentando garantir acesso aos serviços básicos inerentes a esse nível de atenção e com a responsabilidade de ser a porta de entrada para o sistema, além de ser o centro articulador do restante dos níveis de atenção. Dessa forma, em março de 1994, nasce o Programa Saúde da Família, com o objetivo de:

[...] melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e a comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças. (BRASIL, 1994, p. 8).

Para efetivação da proposta à época da criação do PSF, era exigida que a equipe mínima – um enfermeiro, um médico, uma auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) – morasse no território de atuação e que se responsabilizassem por 800 a 1.000 famílias. O trabalho das Equipes do PSF, conforme preconiza o MS, é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. (BRASIL, 2007).

Inicialmente, o governo federal autorizou a implantação de 14 equipes, mas com a intenção de tornar esse número muito maior em pouco tempo. Segundo dados da Sala de Situação em Saúde do MS, atualmente têm 32.625 equipes de saúde da família implantadas

em todo o Brasil, o que corresponde a 54,01% da população com cobertura pela Estratégia Saúde da Família. (DAB/SAS/MS <http://189.28.128.178/sage/>).

O modelo de saúde centrado na doença, sem perspectiva de planejamento de cuidado continuado, mostrava que as condições de saúde não eram modificadas no sentido de melhorar indicadores e ou a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, mostrava-se necessário reorganizar a prática, a partir de novas tecnologias e recursos humanos.

Com esse propósito, iniciou-se a formulação das diretrizes do Programa Saúde da Família, lançado em março de 1994. Já à época, ele foi apresentado como a estratégia capaz de provocar mudanças no modelo assistencial ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender suas ações para e junto à comunidade (BRASIL, 2003).

Com base nesses aspectos, o PSF representava tanto uma estratégia para reverter a forma com que era prestada a assistência, quanto uma proposta que daria sustentação estrutural a reorganização da APS, como eixo de reorientação do modelo assistencial, sustentada numa nova e ampliada concepção de saúde, não mais centrada somente na doença, mas sobretudo na promoção da qualidade de vida e de intervenção dos fatores que podem vir a colocá-la em risco.

A operacionalização do trabalho dá-se numa equipe multiprofissional, formada por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

É importante ressaltar que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando os critérios de equidade para esta definição. Recomendamos que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território, numa relação que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, mil famílias que residam ou trabalhem no território de responsabilidade da unidade de saúde, agora denominada “Unidade Básica de Saúde da Família” ou “Centro de Saúde da Família”.

Conforme a Nova Política Nacional da Atenção Básica, temos que:

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho". (BRASIL, 2011).

Vemos que, o caráter sistêmico da mudança, acompanha as transformações que se fazem necessárias no desenvolvimento de capacidades, competências dos profissionais que estão nas Equipes de Saúde da Família, uma vez que a ampliação da compreensão de saúde traz uma ampliação de papéis, de responsabilidades e de atribuições. Para compreendermos a atribuição de cada profissional na equipe, temos a regulação de cada profissão. Entretanto, há um campo comum, uma atribuição que é parte do processo de trabalho de todos na equipe, como demonstra a Nova Política Nacional da Atenção Básica:

- 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 - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados 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;
- III - realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- IV - realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- V - garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- IX - praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

- X - realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- XI - acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- XII - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- XIV - realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- XV - participar das atividades de educação permanente;
- XVI - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- XVII - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e
- XVIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. Outras atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. (BRASIL, 2011).

Uma das principais características do trabalho na ESF é o de propor alianças, ou seja, tanto no interior do próprio sistema de saúde, ou nas ações desenvolvidas com as áreas que contribuem para melhorar os determinantes e condicionantes da saúde como exemplo as ações de saneamento, educação, cultura, transporte, entre outras.

Por sua natureza estruturante, suas práticas devem conduzir a uma transformação interna neste nível de atenção, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na ruptura da dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individualizante, bem como entre as práticas educativas e assistenciais, levando a uma nova concepção de trabalho, uma inovadora forma de vínculo entre os membros de uma equipe, completamente diversa do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso, uma vez que procura democratizar as relações entre comunidade e equipe de saúde.

Nessa perspectiva, o papel do profissional é construir vínculos fortes e duradouros com as famílias no cumprimento de sua missão, procurando fortalecê-la, através do apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades. Um dos principais objetivos nesse contexto é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Porém, não podemos conceber a organização de sistemas de saúde que conduzam à realização de novas práticas sem que, de forma concomitante, haja investimento em uma nova política de formação e em processos de educação permanente capazes de desenvolver as competências necessárias a esse novo ator.

Essa nova configuração, construindo novos contextos de atuação, ancorados pela concepção ampliada de saúde, exige que os profissionais estejam capacitados para planejar,

organizar, desenvolver e avaliar ações que estejam de encontro às reais necessidades de saúde da comunidade, articulando os diversos setores da administração pública.

Com o avanço e o desenvolvimento do PSF nos municípios brasileiros, sua rápida expansão e os resultados de sua implementação, expresso tanto em números quanto em melhoria significativa dos indicadores de mortalidade e morbidade, o Ministério da Saúde começa a discutir se o programa não estaria se consolidando como uma política estratégica da APS, levando-o a, em 1997, admitir ser o PSF uma estratégia, dada a sua abrangência, o seu impacto e resolubilidade, além de buscar em sua base ideológica, a reversão do modelo assistencial vigente. Dessa forma, passa a conceber que sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, passando então, da denominação de PSF para Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 1998).

Atualmente, a Atenção Básica que acolhe a Estratégia Saúde da Família, conforme a Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, é caracterizada como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2011).

Faz-se importante também fazer alusão às diretrizes da atualização da Política Nacional da Atenção Básica, principalmente porque o documento traz em si que os termos Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde são equivalentes, tendo, portanto, o mesmo significado e sendo norteados pelas mesmas diretrizes:

- I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;
- II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que

assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2011).

Ao que propõe como diretrizes, podemos perceber que o trabalho na atenção primária tem como foco central a atuação em equipe multiprofissional que carrega em sua missão, além da assistência, o estímulo à participação, ao desenvolvimento de ações intersetoriais, educação da comunidade para o autocuidado, construção de vínculos fortes que garantam a continuidade das relações entre o usuário e a equipe, demonstrando que são atribuições de todos da equipe. Entretanto, é importante frisar que essa equipe demanda toda

uma estrutura de funcionamento, de gerência para que esses processos aconteçam e que a qualidade seja imperativa nessa relação.

É necessário um ator que conduza, coordene o processo de organização, de liderança para que essa equipe multiprofissional, com todos esses desafios, consiga caminhar rumo à integralidade da atenção e à continuidade de ações que promovam a saúde. Esse ator faz-se na pessoa de alguém que esteja em articulações com a equipe, com a comunidade e com a gestão do sistema, ou seja, com a secretaria da saúde, com os serviços de apoio logístico dentro da rede.

É nesse contexto que vimos perceber, mediante o que propomos como diretrizes de uma política tão ampla e abrangente, principalmente porque tem a macrofunção de ser a porta de entrada do sistema de saúde, conformando toda a coordenação da Rede de Atenção à Saúde, a importância de descobrir como esse profissional que gerencia esta equipe deve estar devidamente preparado para ser, além de um animador de todo esse processo, uma liderança capaz de estimular a efetivação do que os princípios da atenção básica e complementados pelos princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família, vêm colocar como desafios a estes profissionais.

Para ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, foi proposta a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, na perspectiva de apoio matricial às equipes das unidades em que estiver vinculado no território. O NASF faz parte da APS, entretanto tem seu acesso regulado pelas equipes de saúde da família, tanto que a modalidade de trabalho é o apoio matricial.

De acordo com a Nova Portaria Nacional da Atenção Básica:

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. Todas as atividades podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, academias da saúde ou em outros pontos do território. (BRASIL, 2011).

Os NASFs podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, com profissionais de nível superior escolhidos dentre as ocupações: Médico Acupunturista;

Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. A definição da composição dos NASF é prerrogativa de escolha dos gestores municipais, obedecendo a critérios de prioridade, previamente identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais.

Depreendemos dessa proposta, que a ampliação do cuidado traz a necessidade de novos saberes para complementar a prática, com vistas à promoção da saúde, incluindo novas abordagens e o desenvolvimento de novos olhares que contribuam para que a equipe de saúde da família caminhe rumo à integralidade tão perseguida pelos sistemas de saúde não só no Brasil, mas em todos os sistemas de saúde no mundo, rompendo com a lógica do cuidado somente centrado no médico.

As inovações e readequações porque passa o sistema, em seu exercício contínuo e permanente de autoavaliação, vê hoje que a configuração de Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresenta-se como uma escolha estratégica para conformar o que preconiza suas diretrizes, garantindo cuidado integral das necessidades da população. Segundo a nova Política Nacional da Atenção Básica, as RAS:

[...] constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. (BRASIL, 2011).

Um novo, porém não desconhecido papel está sendo integrado à APS, ou ainda para ser mais objetivo, à Estratégia Saúde da Família, que é coordenar o fluxo dos usuários por toda a RAS, de modo que a integralidade da atenção se faça de forma permanente e contínua. É preciso adequação das equipes principalmente porque, algumas práticas precisam começar a acontecer de fato, como por exemplo, a referência e contra-referência que ainda é, para muitos, um sonho. Alguém, como o gerente da equipe, precisa prepará-la, de forma operacional, ideológica, funcional para assumir novos papéis no sistema, ou, pelo menos,

efetivar papéis que já são nossos e que não conseguimos, por razões de várias ordens, desenvolver com eficiência, eficácia e efetividade.

3.3 O Processo de Trabalho em Saúde

A APS impulsiona com seus atributos, principalmente a aquisição de novas abordagens na condução da prática em saúde, apesar de ainda vermos em muitos lugares, um resquício de práticas puramente biológicas, sem considerar as demais dimensões que existem na análise do processo saúde-doença. Essa ruptura com um passado de práticas individualizantes e fragmentadas ainda é reflexo do modelo flexneriano que vigora em muitos cursos na área da saúde, principalmente na medicina e na enfermagem, processo que, pensamos, continua sendo trabalhado no sentido de tornar mais aberto e flexível a olhares que contemplem a interdisciplinaridade.

De forma pioneira no estudo sobre a profissão médica, mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social, Maria Cecília Ferro Donnangelo, iniciou suas pesquisas nesse campo em 1975. Para conformar seus estudos, utilizou referenciais da sociologia que lhe permitiram realizar análises das relações entre saúde e sociedade, a profissão médica e as práticas sociais no país. Seus estudos tiveram importantes desdobramentos no Brasil e América Latina que culminaram com o destaque de duas vertentes: as políticas e estruturação da assistência, que sustentou muitos estudos do sistema de saúde brasileiro, até o SUS; e os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. Esta segunda vertente deu força para a composição de importantes conceitos: força de trabalho em saúde e processo de trabalho em saúde. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

No estudo do processo de trabalho em saúde Mendes Gonçalves⁶ (1979, 1992), são analisados os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes. Os autores destacam que tais elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009).

É no processo de trabalho que o objeto se apresenta e se transforma pela ação dos agentes, na articulação de forças antecessoras, desiguais, muitas vezes influenciadas por fatores sociais, econômicos, ideológicos e psicológicos, que constroem o cotidiano das

⁶ Ricardo Bruno Mendes Gonçalves foi discípulo e colaborador de Donnangelo. Atribui-se a ele, no texto de Peduzzi e Schraiber, a autoria do conceito de 'processo de trabalho em saúde', onde o fez a partir da análise do processo de trabalho médico, em particular.

práticas de saúde em uma equipe com o desafio posto de reverter um modelo hegemônico centrado na doença e no indivíduo.

Segundo Peduzzi e Schraiber (2009), o conceito ‘processo de trabalho em saúde’ diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, isto é, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Entretanto, precisamos compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, tornando necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’.

Discutir o processo de trabalho em saúde nos conduz a discutir o trabalho como um ato humano, social, político, cultural e porque não dizer também biológico. O resultado do trabalho materializa-se em produtos que assumem a forma de bens ou serviços na visão marxiana do capitalismo, que apresentam duplo valor: o valor de troca ou de uso. (CAMPOS, 2000). O autor afirma sua posição ideológica acerca do trabalho quando refere que é o valor de uso que expressa a utilidade do produto e permite seu consumo e que, essa utilidade, atende às necessidades sociais, principal objetivo do trabalho.

O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender necessidades. Diferença sutil, mas importante. As necessidades sociais cristalizam-se a partir de processos complexos dependentes da dinâmica econômica, social e política. A formação econômico-social e os movimentos políticos, ideológicos e culturais é que produzem as necessidades. (CAMPOS, 2000, p. 48).

Essa posição de Campos (2000) é interessante e vale uma reflexão quando olhamos para as práticas dos profissionais de saúde e a oferta dos serviços. Acontece que, muitas vezes pensamos que ter uma equipe de saúde em um território garante que estamos atendendo às necessidades de saúde da comunidade, mas, nessa compreensão colocada pelo autor, esta equipe potencialmente poderá atender essas necessidades, uma vez que outros elementos subjetivos, influenciados por diversos fatores, interferem no que seja a necessidade atendida.

O resultado do trabalho, portanto, indiretamente atende a necessidades sociais. O resultado do trabalho são produtos, em geral, com algum valor de uso presumido. Com capacidade potencial para preencher o gosto ou o desejo do público. Confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso. (CAMPOS, 2000, p. 49).

Mais um desafio se põe, no campo do trabalho, da propositura ideológica, raiz do que nos coloca como atores da saúde pública, tentando atender, mas sabemos que indiretamente, às necessidades sociais.

Chagas (2009) vem corroborar a posição de Campos (2000), referindo o trabalho como algo útil-concreto, capaz de produzir valor de uso que não quer dizer uma substância metafísica, genérica, vaga e imprecisa, mas reconhecendo-o como atividade de autodesenvolvimento e autorrealização da existência humana, atividade natural e primária, necessária e presente em todas as formas de sociabilidade humana, embora no sistema capitalista não muda sua essência (de criar valor de uso) de satisfazer as necessidades humanas.

Merhy (2002) refere o trabalho em saúde como um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, contemplado a partir do encontro entre duas pessoas em que se estabelecem expectativas e produções de sentidos, favorecendo a criação de espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Para realizá-lo se utiliza de tecnologias de saúde que o autor denomina como: tecnologias duras que são aquelas que requerem equipamentos tecnológicos do tipo máquinas; tecnologias leve-duras, aquelas que apresentam uma parte estruturada, que é o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador que atua na saúde; tecnologias leves são aquelas que dizem respeito aos aspectos inter-relacionais.

Falamos em processo de trabalho na ESF é nos referirmos também ao território, uma vez que este constitui o lócus de atuação de uma equipe de saúde na APS. Esse território compreendido como espaço onde se constroem as relações humanas, influenciadas por fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e epidemiológicos. Todos esses fatores corroboram para os determinantes do processo saúde-doença e é sobre estes que a equipe de saúde e a própria comunidade que o faz, têm corresponsabilidade.

Milton Santos, estudioso do espaço territorial, é referência para a saúde quando discute território, pois o concebe não somente como espaço geográfico, mas principalmente como espaço de produção social, onde uma das suas principais contribuições é compreender o espaço como processo e produto das relações sociais. (SANTOS, 1997). Portanto, este é o referencial para discutir território usado nesta pesquisa por ser o mais próximo da realidade das práticas de saúde que se desenvolvem.

É no território, na sua compreensão e no reconhecimento deste como espaço vivo de relações diversas, que transita todo o processo de trabalho em saúde, tanto no campo da assistência como no campo da gestão e do gerenciamento. Uma das perguntas deste estudo é

justamente a de que o gerenciamento hoje, no contexto da APS, faz-se apenas no Centro de Saúde da Família ou extrapola esses limites para o território? Sem a pretensão de fechar a discussão, mas, principalmente contribuir para o debate, as relações construídas e reconstruídas com os atores do território, protagonizadas pela equipe e pelo profissional que está no gerenciamento, são fatos vivos que trazem à luz essa questão que envolve aspectos administrativos, políticos, pedagógicos e terapêuticos.

A definição do território de atuação da equipe é o início do processo de territorialização, um processo contínuo, que deve levar em consideração dados demográficos, aspectos culturais, econômicos e sociais da comunidade local, apreensões estas indispensáveis para a formação do vínculo com a equipe, elemento essencial para o desenvolvimento do trabalho. Dessa forma, podemos chegar à geração de valor de uso para, potencialmente, satisfazer as necessidades sociais, produzidas pelos determinantes contidos neste território.

Atualmente, uma das características marcantes do trabalho na ESF é o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, aliado a um grupo de trabalhadores de nível médio e técnico de suporte administrativo e de serviços gerais, além do trabalho do gerente que dentre muitas atribuições, coordena o processo de trabalho dessa equipe.

Andrade (2000) traz uma referência de campo comum para a organização do processo de trabalho na ESF, em que na perspectiva interdisciplinar, diversos profissionais – enfermeiros, médicos, odontólogos, educadores físicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros – podem e devem atuar coletivamente, independentes das disciplinas de suas profissões, mas com o objetivo comum, ou seja, de desenvolver o cuidado na perspectiva de reverter o atual modelo de atenção.

Para conformar a organização do processo de trabalho de uma equipe de saúde em um território da ESF, Andrade, Barreto e Fonseca (2005, p. 91) propõem:

- 1) Definição e descrição do território de abrangência;
- 2) Adscrição de clientela;
- 3) Diagnóstico de saúde da comunidade;
- 4) Organização da demanda;
- 5) Trabalho em equipe multiprofissional;
- 6) Enfoque da atenção à saúde da família e da comunidade;
- 7) Estímulo à participação e controle social;
- 8) Organização de ações de promoção da saúde;
- 9) Resgate da medicina popular;
- 10) Organização de um espaço de co-gestão coletiva na equipe;
- 11) Identificação dos serviços de referência no nível secundário e terciário.

Considerando a realidade de gestão no município de Sobral, mais especificamente na Secretaria da Saúde, desde 2001 optamos por trabalhar a democratização das relações de

poder na forma de Coletivos Organizados para a Produção, utilizando o referencial de Campos (2000, p. 35):

Coletivo Organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. Este conceito transborda o de Organização, característico da “Administração Científica” e do pensamento burocrático em geral. Coletivos Organizados para a Produção são todos os agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas.

O trabalho em saúde, em ato vivo, conforme discutido por Merhy (2002), necessita de criatividade, proatividade, liberdade para discutir com o outro seus desejos e interesses, reconhecendo no cidadão usuário do sistema, um Sujeito⁷ de direitos e deveres, também e principalmente com sua saúde. Nesse sentido, novas abordagens fazem-se necessárias, inclusive na forma como se convive em equipe, na forma como a gestão reconhece e dialoga com a mesma. O fortalecimento dos Sujeitos através da cogestão que promove a construção ampliada da capacidade de direção no Coletivo e não somente entre o gestor e sua assessoria mais próxima. Para Gramsci (1978 *apud* CAMPOS, 2000, p. 43), “Capacidade de direção é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos.”.

A cogestão coloca-se no cenário político da saúde, como um modo de administrar, de gerir, que inclui neste ato, o pensar e o fazer coletivo, dessa forma, apresentando-se como uma diretriz ético-política, com o intuito de democratizar as relações no campo da saúde. A compreensão de gestão hoje, mediada por forças democráticas e da ação participativa, não se constitui em um lugar ou um espaço em que estão em ação exclusivamente os especialistas, mas um campo fértil onde todos devem e fazem gestão.

[...] co-gestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. (BRASIL, 2009, p. 24).

Retomando a história do movimento de co-gestão em Sobral, o Método da Roda, desenvolvido e inspirado na obra de Campos (2000), fora instituído como instrumento para promover a democratização do poder e das decisões que tinham a ver diretamente com o fazer de todos os profissionais. Em 2001, as Rodas de co-gestão, baseadas nos postulados do

⁷ Na visão de Gastão Wagner de Sousa Campos, Sujeito é o agente da produção.

referido autor, foram instituídas e formalizadas no âmbito da Secretaria da Saúde em Sobral, concomitante ao processo de escolha dos gerentes das unidades básicas de saúde. Essa discussão, portanto é bastante pertinente no contexto dessa pesquisa. A ideia parte do pressuposto de que a gestão é uma tarefa coletiva para a produção, simultânea, de Espaços Coletivos.

Sobre isso, Campos (2000, p. 42) afirma: “Entendendo-se Espaços Coletivos como arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações.”.

Reafirmando os posicionamentos ideológicos do autor, o Método da Roda tem como objetivo central de sua proposta, ampliar a Capacidade de Direção dos grupos, aumentando com isso sua Capacidade de Analisar e Operar sobre o mundo (CAMPOS, 2000). Desenvolver uma práxis em que se transformam não só as organizações, mas também as pessoas.

Na proposição do Método da Roda, os Espaços Coletivos cumprem três funções básicas: a de administrar e planejar os processos de trabalho com o intuito de produzir valores de uso; outra função de caráter político ou a própria cogestão em si, na perspectiva de alterar as relações de poder e tentar dessa forma construir a democracia nas instituições; e uma função pedagógica e terapêutica referindo à capacidade que os processos de gestão tem em si de influir sobre a constituição de sujeitos.

Esse método carrega significados que vão de encontro a uma grande crítica ao taylorismo, marcante traço da Administração Científica, uma vez que abomina a dominação, a servidão alienada do trabalho pelo valor de troca monetário e a sujeição das pessoas como meras cumpridoras de tarefas e completamente despojadas de qualquer subjetividade ou capacidade de análise, quiçá de tomada de decisão. Nesse sentido, o gerente tem papel de liderança na disseminação e organização dessa proposta.

3.4 Algumas Teorias da Administração e sua influência na gerência

O processo de implantação e implementação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde, inclusive das responsabilidades para o nível municipal, trazem à cena política a questão da gerência e da gestão que precisam, por conta do contexto da política de saúde brasileira, ser debatidas e consolidadas, dado que para a transformação que o sistema requer, precisamos alinhar e articular modelo de gestão e modelo de atenção, reconhecendo a interdependência de ambos.

A ação gerencial, na esfera da saúde pública, historicamente vem ganhar força e importância na organização técnica do trabalho em saúde, com a expansão e diversificação das ações de saúde no Ocidente, após a II Guerra Mundial. (VANDERLEI, 2005).

Estudos como o de Vanderlei (2005), Ribeiro, Pires e Blank (2004), acerca do trabalho de gestão na APS, mostram o grande desafio para os gestores acerca da proposta da ESF, especialmente no campo da gerência uma vez que a mesma trabalha uma ruptura do modelo médico hegemônico que traz implicações não somente no campo da assistência, mas também no campo da gestão, considerando que se faz necessária uma transformação nas práticas de atenção.

Para esses autores, a saúde apresenta um campo de trabalho com características que se aproximam do trabalho coletivo institucional, profissional e também com divisão pormenorizada, lembrando a lógica taylorista de gestão e organização do trabalho.

Braverman (1987) afirma que o surgimento da função de gerência dá-se com o advento do modo de produção capitalista, o qual impulsiona a divisão do trabalho e a produção de excedentes. Esse modo de produção social trouxe para o capitalismo a necessidade de implementar funções de coordenação e controle do trabalho, que assumiram a forma de gerência.

Ermel e Fracolli (2003) reafirmam esse fato quando refere que a função gerência surge no início do modo de produção capitalista, tendo como principal foco o controle da produção.

O ambiente em constante alteração tem levado as organizações sejam elas privadas ou públicas a buscar de forma permanente, alternativas que possibilitem a antecipação ou a adaptação às mudanças sem perder o foco de seus objetivos estratégicos e sua missão. Esse cenário que parece está posto pelo contexto histórico contemporâneo, tem exigido o desenvolvimento de profissionais, em especial nesta discussão, dos gerentes, com capacidade de reconhecer e interpretar o ambiente de forma a garantir a sobrevivência da organização.

Discutir o trabalho gerencial remete-nos a discutir as organizações como espaços de produção do saber fazer a gerência, de discutir o ambiente e as mudanças como fatores diretamente relacionados ao processo de trabalho que ora é de um jeito, ora precisa ser modificado ou readaptado pelo contexto. Essa discussão pode ser vista de várias formas a despeito das várias linhas do pensamento administrativo.

Para Cunha (2005, p. 05), “[...] enfrentar mudanças e superar as diferentes manifestações de resistência é hoje um dos principais desafios dos gerentes e das organizações.”.

Ao percebermos as mudanças constantes no arcabouço jurídico-administrativo porque passa o SUS, principalmente no que diz respeito ao acúmulo de portarias, normatizações e resoluções, notas técnicas e outros dispositivos que procuram regulamentar o trabalho da saúde, não podemos negligenciar a afirmativa de que o gerente tem papel fundamental na compreensão desse arcabouço jurídico legal.

Procurando resgatar a história da função gerência, temos que nos reportar a Henri Fayol, engenheiro que viveu entre 1841 e 1925, nascido em Constantinopla, considerado o idealizador da Teoria do Processo Administrativo. Dentre muitas críticas por racionalizar a capacidade geradora das pessoas trazidas pela Administração Científica, Frederick Winslow Taylor, contemporâneo de Fayol, iniciou sua vida profissional como técnico tornando-se engenheiro mecânico.

Segundo Araújo e Garcia (2010), Taylor vivenciou sua vida profissional no chão da fábrica, fato que pode explicar que a maioria de seus estudos, artigos e postulados estão relacionados aos níveis operacionais da organização, diferentemente de Fayol, que iniciou sua vida na gerência, que mais tarde viria a ser o foco de seus estudos. Fayol direcionava a função gerência para a produção e para as pessoas e estabeleceu que toda e qualquer organização, deve ter um conjunto de funções que as fazem funcionarem adequadamente. São estas funções que orientam o estabelecimento de um conjunto de responsabilidades que os gerentes assumem.

Ele identificou em seus estudos, seis funções que as organizações devem desenvolver: técnica, comercial, financeira, de segurança, de contabilidade e de administração (OLIVEIRA, 2008).

O nível gerencial exige um profissional consciente da necessidade de desenvolver a sua capacidade de gerar e gerir a transformação organizacional, aceitando o trabalho em equipe como um procedimento exigido pela modernidade e pelas novas alternativas de estruturação organizacional, que indicam uma gestão horizontalizada, como o caminho ideal para o melhor desempenho. (ARAÚJO; GARCIA, 2010, p. 11). Neste sentido, os estudos do campo da administração contribuem para analisarmos as organizações e as pessoas que as fazem produzir os bens ou serviços de sua missão organizacional. É nesse ambiente complexo que as habilidades se desenvolvem, não sendo talvez possível encontrarmos um modelo mais

ou menos adequado, mas utilizando ferramentas, a partir do contexto interno em interação contínua com a conjuntura social, que os gerentes conseguem gerenciar.

Estudos sobre organizações mostram e indicam diversas ferramentas que procuram maximizar eficiência, eficácia e efetividade no exercício da gestão e da gerência, mas atribuem a quem está nestas funções um papel estratégico que é o de estar para as organizações como agentes de mudança com forte predominância do pensamento estratégico, ou seja, considerando a avaliação dos aspectos internos, não somente de sua unidade gerenciada, mas, sobretudo um olhar sistêmico intraorganizacional que envolve múltiplos aspectos ambientais (ARAÚJO; GARCIA, 2010).

Levando essas considerações ao campo da saúde, onde a intersectorialidade é uma prática cada vez mais exigida para a compreensão e efetivação da saúde como qualidade de vida e que esta envolve múltiplos fatores de outras áreas - infraestrutura, urbanismo, educação, economia, meio ambiente - é parte inerente ao trabalho do gerente considerar em sua prática esses fatores que estão (in)diretamente relacionados com sua produção final.

Uma das perspectivas dos gerentes hoje é o de serem vistos como líderes de suas equipes de trabalho. Os grupos sociais costumam atribuir a alguém o papel de líder quando conseguem enxergar nele, a projeção de suas expectativas e desejos mais profundos. Temos muitas abordagens da área da administração que discutem a liderança como uma das principais premissas para o sucesso das instituições, sejam elas governamentais ou não.

As grandes corporações privadas deram grande contribuição aos estudos de caso sobre administração e liderança, hoje inclusive discutidas no âmbito das organizações governamentais.

Para Oliveira (2010, p. 143), a liderança:

É o processo em que uma pessoa é capaz, por suas características individuais, de aprender as necessidades dos profissionais da organização, bem como de exprimi-las de forma válida e eficiente, obtendo o engajamento e a participação de todos no desenvolvimento e na implementação dos trabalhos necessários ao alcance das metas e dos objetivos da organização.

Davel e Melo (2005) enfatizam que com o aparecimento da Administração enquanto disciplina científica, os gerentes desenvolveram uma identidade coletiva própria e se responsabilizaram pela intermediação das relações de poder entre dois pólos na divisão social do trabalho: trabalhadores e proprietários; concepção e execução. Coloca como fatores e particularidades que explicam a função gerencial:

- as atividades, as relações de poder e as interações com subordinados, superiores e colegas no cotidiano de trabalho;
- o enquadramento propiciado pelos padrões simbólicos da empresa na qual estão inseridos;
- as possibilidades e as restrições impostas pelas culturas nacional e regional vivenciadas pelos gerentes;
- a carga elevada e o caráter ambíguo das responsabilidades dos gerentes como mediador de interesses diversos e opostos entre capital e trabalho;
- os problemas graves de saúde mental e de estresse profissional que podem ser gerados por essa situação de instabilidade constante;
- a construção e a consolidação da categoria de gerentes como fundamentalmente masculina, centrada em princípios e em uma lógica de valores predominante e historicamente masculinos. (DAVEL; MELO, 2005, p. 33).

O primeiro estudo com caráter de investigação como forma de aprofundar o processo de trabalho gerencial foi realizado por Sune Carlson, no início da década de 1950, na Suécia, tendo continuidade por outros estudiosos das organizações como Henry Mintzberg⁸ e Stewart⁹, anos adiante. (DAVEL; MELO, 2005). Cada um desses estudiosos, a partir das críticas ao modelo fayoliano de gerência, tecem seus discursos acerca do trabalho gerencial e do gerente considerando seus pontos de vista e de sua visão de mundo organizacional.

Mintzberg, como estudioso contemporâneo, discute a importância do monitoramento e a disseminação das informações como um dos focos centrais do trabalho do gerente, indicando também que a superficialidade constitui o principal risco de quem ocupa esta função.

Stewart fez seu estudo observando 160 gestores e anotando em agendas tudo que os mesmos faziam em todo o tempo no trabalho. Uma de suas conclusões demonstrou que as atividades dos gerentes são fragmentadas e comportam uma diversidade de aspectos numa jornada de trabalho. (DAVEL; MELO, 2005).

Posteriormente, Mintzberg e Kotter, em estudos com gerentes, também confirmaram que o trabalho do gerente tem uma perspectiva de descontinuidade e que grande parte do tempo é utilizada com interação com diversos atores sociais. Pesquisas mais contemporâneas de Mintzberg, nos anos 90, mudaram um pouco as impressões do autor acerca do tema gerente, constatadas a partir da mudança nos seus próprios métodos de pesquisa na área da gestão. Ele passou a considerar que o objetivo geral do trabalho do

⁸ Henry Mintzberg é considerado um estudioso com importante produção no campo da administração, com foco para a estratégia de Gerência e de Negócios, com mais de 140 artigos publicados e treze livros no seu nome. Uma de suas obras mais comentadas tem sido “A Ascensão e a queda do Planejamento Estratégico”, onde o autor critica algumas das práticas de hoje do planejamento estratégico.

⁹ Rosemary Stewart estudou como os gerentes passavam o tempo e como analisavam a forma de passar o tempo. Seu foco era o trabalho do gerente e suas variações. Suas pesquisas ajudaram a aperfeiçoar as práticas de recrutamento e da formação.

gerente é promover o funcionamento de uma unidade administrativa. Afirma que o conjunto de suas ações é realizado em três planos diferentes:

[...] diretamente (os executores, aqueles que fazem); indiretamente, através das pessoas (os líderes, aqueles que fazem as pessoas fazer); ou mais indiretamente ainda, através das informações passadas pelas pessoas (os administradores, aqueles que fazem as pessoas fazer, tratando e partilhando as informações). (DAVEL; MELO, 2005, p. 76).

No caminhar da Teoria Geral da Administração (TGA), podemos citar a influência do pensamento administrativo corroborado pelas diversas teorias, como fator influenciador do comportamento dos gestores e gerentes das mais diversas organizações.

Nesse aspecto, levando em consideração o objeto de estudo dessa pesquisa, citamos a influência da Teoria das Relações Humanas, que teve como principal idealizador Elton Mayo, psicólogo e cientista social.

Segundo Oliveira (2008, p. 138), a principal contribuição da Teoria das Relações Humanas foi o estímulo a maior participação dos profissionais, independente do nível hierárquico, fato que colaborou para uma melhoria nas comunicações em todos os níveis.

Ressaltamos também a propositura desta teoria em estruturar programas de capacitação para os profissionais e o reconhecimento da necessidade de pesquisas que pudessem investigar o comportamento das pessoas nas organizações; a democratização das relações, considerada uma das maiores contribuições, iniciando um movimento de horizontalização das relações e dos papéis. Dessa forma, a partir das ideias dessa teoria surge a importância da liderança como um dos instrumentos essenciais para as organizações em geral.

Na Teoria Comportamentalista, seu principal idealizador foi Herbert Alexander Simon, que assim foi considerado pela forte abordagem sociológica em seus estudos e o foco atrelado ao indivíduo e ao seu comportamento. Suas idéias estavam atreladas ao processo de tomada de decisão. Segundo Araújo e Garcia (2010, p. 122), Simon recebeu em 1978 o Prêmio Nobel de Economia, pela sua pesquisa que abordava o processo de tomada de decisões. Para o estudioso, administrar era sinônimo de tomar decisões. Essa atribuição é muito exigida de pessoas que estão em funções ou cargos de gerência ou gestão, uma vez que o simples fato de estarem na liderança de algum processo e ou alguma equipe, colocam-no em posição de tomada de decisões, fato que exige conhecimento de contexto e atitude segura diante da realidade em que está inserido.

Conforme apontado por Oliveira (2008, p. 163), o desenvolvimento da psicologia organizacional, a importância da qualidade de vida no trabalho, os estudos focados na dinâmica de grupo, o estudo do comportamento humano nas organizações como importante mecanismo administrativo foram as grandes contribuições da Teoria Comportamentalista à ciência da administração.

A Teoria da Administração por Objetivos advém da Escola Contingencial da Administração. Para esta Escola, a administração: “É um processo estruturado, situacional e específico, cujo processo decisório deve estar correlacionado aos fatores externos ou não controláveis predominantes para a atuação da organização.” (OLIVEIRA, 2008, p. 272).

A Abordagem Contingencial, como também é tratada por alguns autores, surge a partir da pesquisa que Lawrence e Lorsch fizeram em 1972, que tratou da relação entre as organizações e o ambiente no universo de dez empresas que funcionavam em ambientes diferentes. Essa abordagem mostra a influência do ambiente externo, e as transformações que este provoca no ambiente interno das organizações, ou seja, as contingências ou diferentes situações, exigem tratamentos diferenciados, sendo necessário que haja flexibilidade para que as estruturas e os processos se adequem à realidade. Na visão dessa abordagem, a organização que não se adequa ao ambiente externo não tem como sobreviver.

Considerando os postulados dessa abordagem, como poderíamos pensar uma equipe de saúde da ESF, trabalhar hoje na lógica da doença e não da promoção da saúde? Seria possível uma equipe atuar em um território de saúde com saneamento insuficiente não considerar esse fato nas ações de saúde?

Continuando na Abordagem Contingencial, apresentamos como principal idealizador da Teoria da Administração por Objetivos o austríaco Peter Ferdinand Drucker, que realizou seus estudos na Inglaterra, tendo solidificado sua vida profissional nos Estados Unidos da América. Em 1954, elaborou o conceito de administração por objetivos identificada também pela sigla APO, em que demonstra ser esta uma metodologia para reestruturar a organização, na perspectiva de que todos na organização estabeleçam seus próprios objetivos.

Oliveira (2008) considera a Teoria da Administração por Objetivos como parte integrante da Abordagem Contingencial porque a primeira analisa a interação da organização com o ambiente externo, passível de sofrer elevada influência nos objetivos estabelecidos como também o fato de ter proporcionado outros instrumentos administrativos para a interação das organizações com o ambiente, ou seja, as estratégias, as políticas e os estudos de cenário. Aponta como as principais contribuições desta teoria a estruturação do processo de

negociação com vistas ao estabelecimento de resultados; a melhoria da eficácia organizacional; a redução do nível de conflitos nas organizações; a consolidação de um desenho organizacional dinâmico e com responsabilidades estabelecidas e a identificação de onde e quando as mudanças são necessárias.

Apresentamos ênfase nesta teoria, os instrumentos administrativos que tratam do estabelecimento de objetivos e metas para que seja possível pensar o planejamento nas organizações, conforme podemos perceber nos próprios fatores que a colocam na Abordagem Contingencial.

A apresentação das contribuições das teorias administrativas faz-se importante para que possamos compreender, do ponto de vista da gênese das práticas, quais os condicionamentos que levam gerentes e gestores a escolher e ou desenhar determinadas estruturas, processos e comportamentos administrativos.

Consideramos importante ao gerente compreendê-las e, no contexto da pesquisa, compreendermos que determinadas mudanças que acarretam outras no processo de trabalho assentam-se em teorias administrativas e em abordagens que bebem dessa fonte, e que, também sofrem mudanças, em função das mudanças que ocorrem no mundo e na relação que as pessoas e organizações estabelecem com a realidade.

3.5 As Abordagens do Conceito de Competência e a Gerência na Estratégia Saúde da Família

Propomos, portanto, neste momento, explicar sobre os conhecimentos relativos à temática competência para a gerência na estratégia saúde da família, elencando dados de estudos investigativos utilizando a internet e suas bases de dados acadêmicas e biblioteca virtual.

Nesta pesquisa, a escolha para busca virtual percorreu os artigos científicos e periódicos disponíveis na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e na Bireme/Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Em ambas as fontes de pesquisa citadas, foram encontrados 03 (três) artigos que se repetiram, ou seja, os mesmos estudos que foram encontrados na Scielo encontravam-se na Bireme. Um dos artigos tinha como objetivo caracterizar o processo pelos quais os gerentes de território da Estratégia Saúde da Família (ESF) ascenderam ao cargo e os limites e/ou facilidades encontradas pelos mesmos em seu processo de trabalho, produto de uma dissertação de mestrado. O segundo apresentou como objetivo construir um perfil de

competências para orientar a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O terceiro artigo estava focado na avaliação baseada em procedimentos de acreditação de cuidados básicos de saúde que ainda não foram consistentemente desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), combinados com a utilização de variáveis de indicadores e fontes de dados utilizados na programação local e no planejamento da saúde utilizados na ESF. Os dois primeiros estudos eram de abordagem qualitativa, enquanto que este último caracterizava-se como estudo quantitativo.

Nesta busca foi possível perceber, com essa palavra-chave, a escassa publicação no que se refere às competências para a gerência na ESF o que levou a pesquisadora optar por percorrer a busca ao portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para teses e dissertações como forma de encontrar estudos que pudessem concretamente estar mais próximos do objeto de estudo.

A intenção foi justamente investigar se há pesquisas ou estudos sistematizados acerca dessa prática hoje tão comum na ESF, desenhada e necessária a partir das novas atribuições, responsabilidades e fazeres que este nível de atenção exige de seus atores, para conformar as responsabilidades atreladas a este (nível de atenção) estruturante da APS no SUS.

Nos últimos anos, o termo competência vem sendo amplamente discutido nas esferas do campo acadêmico e profissional. No campo da educação, a noção de competência apresenta-se na literatura com uma diversidade de formas de entendimento e fundamentação.

Na vida profissional, vemos a discussão da competência relacionada às organizações empresariais e ou governamentais, emergindo a partir dos processos de desenvolvimento da ciência e da técnica, cultivando um caráter de transitoriedade, consequência da velocidade e multiplicidade das alterações estruturais que impactam direta e indiretamente a vida das pessoas, provocando uma indefinição nas formas de organização social, consolidando o valor do capitalismo neoliberal que impera, principalmente no ocidente.

As discussões sobre a competência emergem e ganham visibilidade principalmente nas economias capitalistas onde a tecnologia impera de forma vital nas organizações, numa corrida cada vez maior por empregos e ou trabalhos cujos salários sejam cada vez maiores. Neste cenário, as pessoas deparam-se com a imposição de um elevado grau de desemprego, onde o mercado dissemina a idéia de que não basta mais que o trabalhador esteja “qualificado”, mas que seja “competente”.

Tanguy (1997) corrobora com esse pensamento quando aponta que a lógica da competência desenvolve-se inserida em um contexto de contração massiva dos empregos, mudanças aceleradas nas tecnologias de produção e de processamento de informação, elevada concorrência no mercado de oferta da formação profissional e políticas que discutem a justa distribuição dos salários aos trabalhadores. (TANGUY, 1997, p. 186).

Ao discutir o conceito de competência, não poderíamos deixar de apontar a divergência ou convergência acerca da qualificação, uma vez que muitos estudos referem ou sua oposição ou sua complementação ao conceito de competência, parecendo por vezes que a qualificação está sendo maquiada fugindo à sua gênese taylorista/fordista de prescrição das tarefas para o trabalho. Na perspectiva sóciocognitivista, a competência não se opõe a qualificação, mas se insere como uma das dimensões da qualificação.

Zarifian (2001, p. 193) relata que é somente através da qualificação profissional que o sujeito surge no cenário como parte de um grupo social, consegue se hierarquizar socialmente e negociar promoções coletivas.

A inovação da competência diante da qualificação parece estar diretamente atrelada ao apelo à individualidade, ao desenvolvimento de características comportamentais que devem estar integradas, a exemplo da capacidade de se comunicar de forma clara e eficiente, mostrar iniciativa e disposição para mudanças, bem como boa articulação perante novos valores de qualidade, produtividade e competitividade para enfrentar os desafios da globalização.

Por vezes, parece-nos que hoje a competência parece ser sinônima de talento, dado a sua polissemia e a valorização de atributos subjetivos, comportamentais, características que se opõem ao paradigma taylorista/fordista.

O início do debate acerca dessa temática da competência nos Estados Unidos da América dá-se com a publicação de um *paper*, em 1973, de McClelland, intitulado *Testing for Competence rather than Intelligence*, que dissemina a discussão entre os administradores e psicólogos (Fleury e Fleury, 2001). Segundo Fleury e Fleury (2001, p. 184), a competência “[...] é uma característica subjacente a uma pessoa que é casualmente relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação.”.

Segundo Canuto (2012), a França marcou a introdução da discussão sobre gestão por competência, através do Acordo sobre a Conduta da Atividade Profissional (A CAP 2000), formalizado em 1990, considerado marco social da gestão do trabalho por competência naquele país que firmou acordo entre os sindicatos e as empresas do setor siderúrgico.

Canuto (2012) afirma ainda que a ideia trazida à tona da importância de aproximar empresa e escola remonta aos anos 1950, influenciada por intelectuais, educadores e homens de empresas.

Veloso (2010) citando Araújo (*apud* MAUÉS; WONDJE; GAUTHIER, 2004), refere que a competência tem sua base filosófica firmada no racionalismo, no individualismo e no pragmatismo. No que se refere ao racionalismo, este coloca que os objetivos formativos devem estar atrelados à máxima eficiência educacional de forma a atender às demandas do setor produtivo; Ao individualismo, este atribui a característica de que o ensino passa a ser centrado no aluno e não nos saberes; O pragmatismo expressa-se no utilitarismo, imediatismo, na busca por produzir aprendizagens úteis ajustando o indivíduo à dinâmica e incerteza da realidade. Nesse aspecto filosófico, a competência revela-se a partir da construção e definição de objetivos que devem estar ajustados à formação de capacidades que atendam às necessidades da sociedade e, porque não dizer, ao mundo do trabalho.

A partir das referências de Tomasi (2004), no Brasil as discussões sobre a competência ganham maior espaço no meio acadêmico a partir dos anos 90 cercada de desconfianças de ser mais um modismo em substituição à qualificação, embora na Europa já venha se consolidando como conceito. Segundo o mesmo autor, a disseminação do modelo de competências no Brasil teve a escola como seu primeiro espaço, inclusive por determinação governamental da área da educação através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Superior, Parâmetros Curriculares Nacionais pelo Decreto Lei 2.208, destacando que essa inserção se deu sem uma prévia e ampla discussão envolvendo as comunidades escolares.

Ainda nesta área discute-se hoje a adoção de currículos integrados por competência, como bem demonstra Braccioli e Oliveira (2011), no trabalho sobre Currículo Orientado por Competência, onde afirmam que, nesse caso, a competência é entendida como a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos ou atributos cognitivos, afetivos e psicomotores, quais sejam saberes, capacidades, informações, relações, valores, postura, cultura, princípios éticos, destrezas e habilidades para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações. Alertam para o fato de que as representações sobre competência podem não ser as mesmas na esfera educacional e no campo do trabalho. As autoras referem atributos que permeiam o campo cognitivo, afetivo e psicomotor sugerindo um campo fértil se quisermos pensar as categorias que podem compor um conceito para competência.

Para Ramos (2002), as transformações no mundo do trabalho e a emergência capitalista pela adaptação constante e permanente das inovações tecnológicas acabam por exigir uma flexibilização da produção e uma reestruturação das ocupações; integração de

setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização do saber dos trabalhadores não diretamente ligado ao que está prescrito e formalizado, que acabam por culminar, do ponto de vista sociológico e pedagógico, com a necessidade de rediscutir a questão da qualificação e a emergência de discutir a noção de competência, atendendo a dois propósitos, na sua visão: reordenar conceitualmente a relação trabalho/educação e institucionalizar novas formas de formar/educar os trabalhadores e as formas de gerir internamente as organizações a partir de novas óticas.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho, a competência no âmbito profissional constitui-se como a construção social de aprendizagens significativas e úteis para o desempenho produtivo numa situação real de trabalho, obtida não só pelo ensino como também por meio da aprendizagem em situações concretas de trabalho.

Para Le Boterf (1998 *apud* IRIGOIN BARRENNE; VARGAS ZUNIGA, 2004), a competência profissional se traduz como uma construção, fruto de uma combinação de recursos – conhecimentos, saber fazer, qualidades ou aptidões e recursos do ambiente que são mobilizados para conseguir um desempenho.

As abordagens que discutem o conceito de competência trazem elementos que se aproximam tanto da educação como do mundo das organizações, mas podemos antever sua intrínseca relação com a educação. Conforme Lima (2005), historicamente a origem do desenvolvimento da concepção de competência na educação tem fortes raízes no comportamentalismo, da escola *behaviorista*, e influenciou a organização curricular nos anos 1960 e 1970, ainda hoje bastante marcante nos currículos dos cursos de nível técnico.

Segundo Perrenoud (1999), os significados de competência são múltiplos. Ele define competência como “[...] uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.” (PERRENOUD, 1999, p. 7). Seus estudos sobre competência estão no âmbito da escola. Toda competência está ligada a uma prática social de certa complexidade. (PERRENOUD, 1999). Esses aspectos, para considerar a discussão sobre competência neste estudo, estarão sendo abordados de forma a compilar a perspectiva da formação e das necessidades do mundo do trabalho, especialmente no trabalho em saúde, com foco para a gerência, objeto deste estudo.

Witt (2005), em sua tese de doutorado sobre as competências da enfermeira na Atenção Básica, aponta as três principais matrizes referenciais dos métodos de investigação de competência: a condutivista, utilizada predominantemente nos Estados Unidos da América; a funcionalista que tem se tornado hegemônica; e a construtivista, de origem francesa. Dentre suas discussões, aponta que o principal aporte para a investigação da competência continua

sendo a análise ocupacional. Depreendemos disso que as atividades, atribuições e fazeres relacionados à determinada categoria profissional, cargo ou função revelam-se como elementos norteadores para a investigação das competências.

Segundo a autora, na matriz condutivista, as competências superiores são postas em relevância, pois analisam as atividades desenvolvidas por aqueles considerados *experts*, com o objetivo primordial de levar o coletivo de trabalhadores a um estágio equivalente de desempenho. A abordagem construtivista, de origem francesa, apresenta como característica a contribuição dos trabalhadores, buscando construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho. Nesse caso, a competência é entendida como a mobilização de um saber em ato, construída na relação com o outro, ou seja, no processo cotidiano de trabalho (WITT, 2005). Neste estudo, escolhemos essa abordagem por se apresentar mais adequada ao método aplicado para a investigação, uma vez que se utiliza da percepção de atores do processo de trabalho, para além do ator principal, no caso, o gerente, os agentes comunitários de saúde, o gestor do sistema, como também os profissionais que ocupam funções de apoio administrativo que estão nos Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família.

Brandão e Guimarães (2001) discutem a gestão por competência e a gestão por desempenho, como instrumentos capazes de oferecer alternativas eficientes de gestão nas organizações e citam uma definição de Zarifian (1996, p. 5) sobre competência:

[...] competência significa assumir responsabilidades frente a situações de trabalho complexas [aliado] [...] ao exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho, permitindo ao profissional lidar com eventos inéditos, surpreendentes e de natureza singular. (ZARIFIAN, 1996 *apud* BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001, p. 9).

Vimos uma referência, na definição desse autor, de responsabilidades, situações de trabalho complexas e reflexão dessas situações de forma sistemática. Tais componentes são bem discutidos na atuação profissional, elementos inclusive intrínsecos ao desafio de atuação no sistema de saúde, considerando as complexidades de lidar com variáveis complexas como as necessidades de saúde e satisfação do usuário, por exemplo.

Kawata *et al.* (2011) discute os atributos da enfermeira na ESF rumo à construção das competências gerenciais e traz que a competência possui várias abordagens, conforme relata:

Destacamos que há várias linhas/abordagens de competência, dentre elas: a condutivista (ênfata os resultados esperados), a funcionalista (importa em descrever os resultados e não os processos realizados para atingi-los), a construtivista (mesmo sendo orientada pelo trabalho e referida aos conteúdos dos

empregos típicos, ainda está centrada na verificação e no cumprimento de tarefas e dos resultados) e a dialógica, pela qual optamos, considera o contexto e a cultura do local de trabalho, e confere à competência uma dimensão relacional entre tarefas e atributos. (KAWATA *et al.*, 2011, p. 350).

Afirma ainda que a competência dialógica seja considerada holística e trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos, aí considerados como cognitivos, psicomotores e afetivos, e que, a combinação dessas capacidades conformam distintas maneiras de realizar ações de determinada prática profissional, com sucesso.

A abordagem dialógica de competência reconhece e considera a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados numa determinada área profissional. Esta explicitação permite um processo mais aberto de exploração das distintas concepções, interesses, valores e ideologias, que invariavelmente governam e determinam a intencionalidade dos processos educativos, porém nem sempre são discutidos de um modo mais participativo e democrático pela sociedade. Nesse sentido, a abordagem guarda relação com a compreensão interacionista da relação escola-sociedade na qual a escola é potencialmente capaz de influenciar a sociedade, sendo por ela constituída. (MOGLIKA, 2003 *apud* LIMA, 2005, p. 371).

Segundo Fidalgo, Oliveira e Fidalgo (2007), numa visão crítica da competência, a empregabilidade surge, no plano discursivo, fundamentada, sobretudo, na valorização dos indivíduos que leva a um processo de individualização, culpabilizando o sujeito pelo fracasso ou sucesso no mercado de trabalho, ou seja, quanto maiores as suas competências maiores são as oportunidades do mesmo ter trabalho. Esse processo de transformação, advindo da crise do paradigma fordista, que gera a necessidade de reestruturação dos processos de produção, e como consequência, da força de trabalho, retrata que a lógica capitalista, de exploração e acumulação parecem estar como eixos centrais dessa discussão, numa visão crítica da abordagem das competências.

A produção de conhecimento, especialmente no local de trabalho, tem significado um aumento da produtividade e do envolvimento emocional dos trabalhadores, que, supostamente revestidos de uma nova autonomia, mais concreta e perceptível, remetem às suas funções laborais não apenas o saber-fazer, mas também o saber-ser, constituinte importante da força de trabalho, na medida em que não é substituível, mesmo pelas máquinas mais complexas ou tecnologias de ponta. (FIDALGO; OLIVEIRA; FIDALGO, 2007, p. 23).

Corroborando Fidalgo, Oliveira e Fidalgo (2007) que essa apreensão em grande parte se deve a inferência de Francis Bacon de que “saber é poder”.

Uma dimensão que se considera importante para a noção de competência, conforme colocado por Canuto (2012) é sua compreensão de maneira integral, restringindo-se a limitá-la unicamente a uma capacidade técnica.

Market (2001 *apud* CANUTO, 2012) relata um conceito integral de competência, apresentando os seguintes critérios: técnico-metodológico; histórico-cultural; sociocomunicativo e pessoal-intersubjetivo. Para o autor, o sentido ampliado de competência “[...] inclui o envolvimento prático-político do homem na história do seu ambiente econômico-social particular, que não pode ser compreendido sem sua inserção no âmbito universal.” (MARKET *apud* CANUTO, 2012, p. 92). Essa compreensão é considerada para esta pesquisa uma vez que reafirma o envolvimento dos gerentes e outros profissionais que estão na Estratégia Saúde da Família na construção das potenciais competências para a gerência.

Segundo Deluiz (2001), a matriz construtivista de análise dos processos de trabalho para identificação e definição das competências tem suas origens na França, apresentando como um de seus principais representantes o educador francês Bertrand Schwartz, que tem desenvolvido várias pesquisas além de uma metodologia de investigação que articula pesquisa/ação com reflexão/ação. Utilizando-se desta metodologia, Schwartz identificou categorias, que foram utilizadas para produzir um inventário de competências em situações diferenciadas, com o intuito de identificar a relação existente entre as atividades de trabalho e os conhecimentos incorporados, como também aqueles mobilizados, a fim de obter uma aproximação da compreensão existente na relação competência/contexto e seus processos de construção e evolução.

Em seu estudo, Bertrand Schwartz criou as categorias de análise: cultura de base, conhecimentos científicos, conhecimentos técnicos, conhecimentos organizativos e os saberes comportamentais e relacionais. Tais categorias foram trabalhadas considerando as habilidades e competências observáveis que o grupo de trabalhadores já era possuidor ou desenvolveram durante o processo de formação/ação.

Para Bertrand Shwartz (*apud* DELUIZ, 2001, p. 47), a perspectiva construtivista “[...] esclarece as relações mútuas e as ações existentes entre os grupos e seu entorno, mas também entre situações de trabalho e situações de capacitação.”.

A abordagem construtivista busca a construção das competências não só a partir da função do setor ou empresa, que está vinculada ao mercado, mas concede igual importância às percepções e contribuições dos trabalhadores diante de seus objetivos e potencialidades, em termos de sua formação. Diferentemente dos enfoques condutivistas, que tomam como referência para a construção das competências os

trabalhadores mais aptos ou empresas de alto desempenho, a análise construtivista considera as pessoas de menor nível educacional. Um dos princípios desta abordagem é a busca do coletivo, tanto na análise do trabalho em suas relações com o contexto, quanto na capacitação individual, compreendida dentro de uma capacitação coletiva. Como consequência a definição das competências e da capacitação deve realizar-se a partir de uma investigação participante. (DELUIZ, 2001, p. 47).

De acordo com Irigoien Barrene e Vargas Zuniga (2004, p. 129), a análise construtivista utiliza um método chamado ETED no qual define as competências como “[...] capacidades mobilizadas no processo de produção, orientadas, por um lado, pelo processo de trabalho de uma categoria profissional e, de outro, pela interface entre os trabalhadores.”. De fato, a interface entre os trabalhadores demonstra a preocupação que a proposta desse método tem da compreensão de competência não só a partir da visão da própria organização, ou de seus cargos de direção, por assim dizer, mas também a partir do ponto de vista das pessoas que realizam outras atividades. Rojas (1999 *apud* IRIGOIN BARRENE; VARGAS ZUNIGA, 2004) vem corroborar essa idéia quando aborda sua definição de competência, afirmando que esta parte de uma unidade de referência que vincula a escala da gestão com a escala humana e social.

Na aplicação do método ETED, constituem-se etapas: a identificação dos atores; entrevistas; consolidação das informações; redação e formalização de cada ideia; retorno aos grupos técnicos. Na visão de Irigoien Barrene e Vargas Zuniga (2004), este é o método mais participativo, se comparado aos métodos da análise ocupacional onde o objeto de análise se configura como o posto de trabalho e as tarefas; Análise DACUM, AMOD, SCID, com objeto de análise no posto de trabalho e as tarefas para definir o currículo de formação; e a análise funcional ou mapa funcional, que dá ênfase a função produtiva e na certificação das competências. No que se refere à análise construtivista, o trabalho é estudado em sua dinâmica, envolvendo as relações e as pessoas que as produzem.

Deluiz (2001, p. 12) enfatiza que o modelo da competência vem substituir a qualificação considerado um conceito amplamente discutido e essencial da sociologia do trabalho.

O tradicional conceito de qualificação estava relacionado, portanto, aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador: educação escolar, formação técnica e experiência profissional. Relacionava-se, no plano educacional, à escolarização formal e aos seus diplomas correspondentes e, no mundo do trabalho, à grade de salários, aos cargos e às carreiras. (DELUIZ, 2001, p. 12).

Para a autora, o aparecimento da crise envolvendo a noção de posto de trabalho, associado ao modelo de classificações e de relações profissionais advindas do movimento taylorista/fordista, culminou na necessidade de adoção de um novo modelo de organização do trabalho e da gestão da produção alicerçado nas competências e no desempenho individual dos trabalhadores.

Ainda na visão de Deluiz (2001), a adoção do modelo das competências no mundo das organizações e do trabalho, visa a adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do mundo produtivo, reflexo do processo de globalização da economia, emergindo dessa forma o conceito de empregabilidade, ou seja, nesse ato responsabiliza-se o trabalhador pela sua inserção e mais ainda, pela sua permanência no mercado de trabalho a partir da atualização de suas competências.

Como estamos discutindo à luz da fonte do construtivismo como matriz da abordagem por competências, é salutar e importante referenciar Jean Piaget, biólogo suíço, da Escola de Genebra, autor e estudioso do método construtivista, cabendo evidenciar segundo Andrade (2010), que, na visão de Piaget, o sujeito é o protagonista na aquisição do conhecimento e que sua intervenção na realidade que o envolve, constitui o fator preponderante da aceitação do autor sobre o “ato de conhecer”.

O pensamento piagetiano sobre o ato de conhecer ressalta, sobremaneira, a postura do sujeito atuante. Nesse entendimento, o como organizar as múltiplas ações que o indivíduo desempenha reclama a consideração de um perfil de organização na qual devem perpassar as coordenadas que dão subsídios à interação do sujeito com o meio sócio-ambiental. Piaget, ao se referir a tais coordenadas, escolhe definir uma unidade básica: o esquema ação. O esquema corresponde ao aspecto organizativo de uma ação, a estrutura que permite que essa ação possa ser repetida e aplicada com ligeiras modificações em situações distintas para conseguir objetivos similares. (ANDRADE, 2010, p. 03).

Segundo o Piaget (1967, p. 16 *apud* ANDRADE, 2010, p. 03), “[...] denominam esquema de ação aquilo que em uma ação é transportável, generalizável ou diferenciável de uma outra ou, dito de outra maneira, o que é comum às diversas repetições ou aplicações da mesma ação.”

Ainda para Andrade (2010, p. 03)

As acepções de movimento, ação e protagonismo que permeiam toda a obra de Piaget não dizem respeito apenas aos movimentos externos e visíveis. As atitudes do indivíduo, tais como: conjectura, comparação, ordenação, ponderação, ou seja, ações que estão estreitamente ancoradas nos domínios da mente, são muito relevantes quando percebemos o sentido de atuar no pensamento piagetiano.

Nessa consideração, podemos perceber que a idéia concebida por Piaget coloca em evidência a capacidade do sujeito de tomada de consciência acerca dos elementos que constituem a formação do seu entorno e que a interação crítica do indivíduo com sua realidade singular deve ocorrer de forma natural e espontânea, fator fundamental do construtivismo proposto pelo autor.

Para Macedo (1994, p. 15), estudioso da obra e pensamento de Piaget, ao construtivismo “[...] interessam as ações do sujeito que conhece.”. Que conhece a partir de conhecimentos formalizados pela ciência ou pela experiência aquilo que fazem, que discutem, que constroem de forma consciente a partir do significado que apresentam em suas vidas.

O apontamento desses autores quando discorrem acerca da competência, bem como esta revisão da literatura do tema central deste estudo, buscam uma aproximação com o objeto desta pesquisa que está ancorado em compreender, numa perspectiva analítica, as competências para o trabalho de gerência na Estratégia Saúde da Família, encontrando no referencial que discute a abordagem construtivista, a base para a análise dos resultados onde a mesma proporciona o envolvimento e a participação de atores diversos conforme poderá ser verificado adiante no estudo, sobretudo com a perspectiva de abrir caminhos a novas investigações.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O objetivo da metodologia, segundo Bruyne, Herman e Schoutheete (1977), é esclarecer a unidade subjacente a uma multiplicidade de procedimentos científicos particulares, como também ajudar a desimpedir os caminhos da prática concreta da pesquisa e dos obstáculos que esta encontra em seu percurso.

A proposta para a presente pesquisa está fundamentada numa estratégia metodológica, alicerçada em pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, com base em estudo de caso.

A escolha da pesquisa exploratória possibilita conhecer a variável em estudo, tal como ela se apresenta, seu significado e o contexto onde ela está inserida, ou seja, permite que a realidade seja vista tal como ela é e não como o pesquisador quer que ela seja. (PIOVENSAN; TEMPORINI, 1995).

A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, tornando-o mais visível ao pesquisador. Gil (2002), também afirma que as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever características de determinado fenômeno.

Conforme descrevem Leopardi e col. (2001, p. 138), a pesquisa exploratória proporciona ao pesquisador “[...] aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.”. Segundo Tobar e Yalour (2001), pela natureza de sondagem, a pesquisa exploratória não tem como ponto de partida a existência de hipóteses. Estas podem surgir como produto final da pesquisa.

A função gerência na Estratégia de Saúde da Família é um campo de produção de saberes e práticas relativamente recentes e a produção científica nesse campo, por assim se caracterizar, ainda é restrita. Nesse sentido, propõe-se o método exploratório a fim de concretizar maior familiaridade com o tema, conseqüentemente maior aproximação, com efetivas possibilidades de realizar uma análise crítica através do uso da pesquisa qualitativa. Assim, a pesquisa exploratória mostra-se como recurso metodológico pertinente que nos ajudará a compreender o processo de trabalho do gerente, suas interfaces, seu foco, suas limitações e potencialidades de forma fiel ao contexto real.

A pesquisa descritiva será utilizada com a finalidade de apreender maior compreensão ao fenômeno a ser estudado e entender a relação existente entre as variáveis.

Uma das características mais significativas da pesquisa descritiva está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário. (GIL, 2002). Como há uma preocupação da pesquisa em observar, analisar a atuação prática do trabalho em gerência, a pesquisa descritiva se adequa no caminhar ao alcance dos objetivos desse estudo.

O método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões que por sua vez são produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, revisão e criação de novos conceitos e categorias no percurso da investigação, procurando compreender a lógica interna do grupo. (MINAYO, 2008).

Segundo Marcus e Lierh (2001) os métodos de pesquisa qualitativa envolvem cinco elementos básicos: a identificação do fenômeno, a estruturação do estudo, a organização dos dados, análise dos dados e a descrição das descobertas. Para Turato (2003 *apud* NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004, p. 48), o estudo de natureza qualitativa refere-se a “[...] significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias.”. Nesse sentido, a abordagem qualitativa vem ao encontro com o objeto aqui sendo construído, uma vez que essa rede em construção dos significados acerca das competências gerenciais, das percepções de como se faz a gerência e de como se vê fazendo essa gerência, pode trazer novos conceitos e categorias ainda pouco exploradas, a partir de outras visões que não somente aquelas que já fazem parte do grupo em discussão.

O estudo de caso, conforme descreve Gil (2002), consiste no estudo profundo de um ou mais objetos, o que, dessa forma, proporciona seu amplo e detalhado conhecimento e traz como propósitos:

- a) explorar situações da vida real cujos limites não estão claramente definidos;
- b) preservar o caráter unitário do objeto estudado;
- c) descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação;
- d) formular hipóteses ou desenvolver teorias; e
- e) explicar as variáveis causais de determinado fenômeno em situações muito complexas que não possibilitam a utilização de levantamentos e experimentos. (GIL, 2002, p. 54).

Conforme explicitação desses propósitos, o estudo de caso proporcionará a este estudo adentrar na realidade da gerência no território, condição essencial para se apropriar de elementos constitutivos desse contexto para melhor descrevê-lo.

4.2 Cenário de Estudo

O estudo foi realizado no município de Sobral, localizado na região noroeste do estado do Ceará e conta com uma população estimada, em 2010, de 188.271 habitantes, conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010).

Para a organização da APS, tem a Estratégia Saúde da Família como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, no qual tem sido reconhecida como referência regional por sua organização, interação com o controle social e por reconhecer efetivamente na sua prática, a educação permanente como estratégia de gestão, inclusive mantendo com recursos municipais, a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, instituição existente há quase 11 anos, que coordena e executa a Política de Educação Permanente do município. Atualmente, o município de Sobral tem 48 equipes de saúde da família, localizadas em 29 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 15 localizados na sede e 14 nos distritos. Complementa-se com 25 equipes de saúde bucal e 06 equipes NASF. Os CSF estão localizados em áreas compreendidas como territórios e as equipes da ESF, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população que atuam, acompanham cerca de 600 a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 87% da população do município.

Para atender aos usuários nos serviços de atenção secundária e terciária, conta com unidades especializadas, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais, clínicas e laboratórios. Em relação aos serviços hospitalares conta com 05 hospitais, dos quais quatro mantém convênio com o SUS. A rede de saúde com prestação de serviços totaliza 185 Estabelecimentos de Saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), destes, 52 atendem usuários do SUS (Relatório de Gestão da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, 2011). De forma consorciada com mais 23 municípios da Região de Saúde de Sobral¹⁰ desde agosto de 2012, o município de Sobral conta com os serviços ofertados pela Policlínica Bernardo Félix da Silva, unidade de atenção especializada na oferta de consultas e exames de diagnóstico, na oferta de ambulatório de 13 especialidades médicas (angiologia, endocrinologia, ginecologia, obstetrícia, mastologia, otorrinolaringologia, traumatologia, neurologia, cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, gastroenterologia,

¹⁰ O município de Sobral, através da lei municipal nº 1001/10 de 06/05/2010 é ente do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Sobral e recebe os serviços do CEO Regional Ícaro de Sousa Moreira, para os procedimentos de atenção especializada em odontologia e em ambulatório médico especializado da Policlínica Bernardo Félix da Silva. Fazem parte do consórcio os municípios: Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Ipu, Irauçuba, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, Senador Sá, Sobral, Uruoca e Varjota.

oftalmologia); serviço de diagnóstico-terapia (Raio X, tomografia computadorizada, mamografia, eletrocardiograma, ecocardiograma, MAPA, ergometria, eletroencefalograma, ultrassonografia, avaliação audiológica, endoscopia digestiva e endoscopia respiratória).

4.3 Sujeitos do Estudo

Consideramos sujeitos, aqueles que “[...] se investiga em qualquer empreendimento em que o ser humano é o objeto de estudo.” (TURATO, 2003, p. 353).

Os sujeitos desta pesquisa compreendem os gerentes que atuavam no período da realização da pesquisa nos Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral, que adiante na apresentação dos resultados serão identificados pelo codinome de “flores”. Estão assim distribuídos:

- Área urbana (CSF’s): Terrenos Novos, Sumaré, Vila União e CAIC.
- Área rural (CSF’s): Aprazível, Patriarca, Rafael Arruda.

Constituímos ainda como sujeitos desta pesquisa a Coordenação da Atenção Primária do município; os tutores de território, nos resultados identificados pelo codinome de “cores”; o secretário da saúde do município; enfermeiro assistente que compõe a equipe, representando os profissionais com graduação; profissional do serviço de apoio médico e estatístico (SAME), representando os profissionais com escolaridade de ensino médio; auxiliar de enfermagem, representando os profissionais com formação técnica e o agente comunitário de saúde. O grupo representativo acima será identificado pela categoria profissional.

Os tutores de território da Estratégia Saúde da Família, nos resultados identificados pelo codinome de “cores”, são profissionais pós-graduados que estão nas equipes como profissionais de apoio técnico-pedagógico, organizando sua atuação a partir do quadrilátero: assistência- gestão- educação e controle social.

Esperamos com essa pluralidade ter uma diversidade de visões que nos dê condições de aproximação do que seja o papel ou as competências para um gerente.

4.4 Procedimentos e instrumentos para coleta das informações

A coleta das informações deu-se no período de janeiro a março/2013. Foram entrevistados a Secretária Adjunta da Saúde e Ação Social e o Coordenador da Atenção Primária, com o intuito de compreender as perspectivas e experiências dos sujeitos, condição

essencial para maior efetividade do que se deseja pesquisar. As entrevistas aconteceram em uma sala da Policlínica Bernardo Félix da Silva. Considerando que a entrevista com o gestor da secretaria da saúde aconteceu em janeiro/2013 e que neste período assumiu um profissional que pela primeira vez estava secretário, optamos por entrevistar o secretário adjunto que já estivera secretário na gestão anterior. Essa opção considerou o tempo no cargo, condição que daria ao sujeito mais condições de responder as perguntas da entrevista.

No município de Sobral, no início da pesquisa o desenho organizacional era composto de uma gestão colegiada na Atenção Primária, na figura de quatro coordenadores. À época da coleta das informações, a coordenação sofreu uma mudança em função da mudança da gestão municipal, o que levou a pesquisadora a entrevistar a coordenadora que esteve por mais de 07 anos à frente da coordenação, entretanto a mesma não mais faz parte da equipe estando numa unidade hospitalar em função de aprovação em processo seletivo. Considerando que os atuais coordenadores apresentavam um quadro de início de trabalho, teriam potencialmente pouca contribuição no que se refere ao conhecimento aprofundado da situação contextual, o que levou a pesquisadora a optar por entrevistar a coordenadora que esteve mais tempo em convivência com o sistema. Neste caso, optamos pela entrevista semiestruturada, como forma de explorar mais amplamente a questão do trabalho da gerência.

Conforme refere Tobar e Yalour (2001), a entrevista semi-estruturada baseia-se em um guia de entrevistas, contendo listagem de perguntas ou temas a serem abordados em seu decurso. Dessa forma, é possível ao pesquisador encontrar e seguir pistas e novos temas, surgidos no decorrer da entrevista, entretanto o guia ou roteiro, é um conjunto de instruções claras às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados.

Para a obtenção de informações que auxiliassem no desenho do perfil dos gerentes foi utilizado questionário. Nesta investigação, optamos pelo questionário de autoaplicação por entendermos que o acesso ao mesmo é mais simples de ser garantido. O questionário foi aplicado pela própria pesquisadora aos gerentes. Na ocasião do encontro, os gerentes estavam reunidos para discutir e elaborar uma proposta de diretrizes que pudesse nortear o processo seletivo que a secretaria municipal de saúde iria realizar para escolha dos novos gerentes, destinado à análise do gestor municipal da saúde.

Para a coleta de dados com os gerentes, tutores da ESF e os demais profissionais da equipe citados, foi utilizada a técnica de grupo focal. Patton (2002 *apud* FLICK, 2009) refere que as entrevistas tipo grupo focal acontecem com um pequeno grupo de pessoas, variando entre 6 a 8, sobre um tópico específico, por um período de 30 minutos a 2 horas. Ele afirma que este instrumento, como técnica qualitativa de coleta de dados é altamente eficaz,

pois os participantes tendem a controlar e a contrabalançar uns aos outros e que isso, em regra geral, elimina opiniões falsas ou radicais. Coloca como pontos fracos, o número limitado de questões que podem ser discutidas e os possíveis problemas com as anotações, o que já sugere que o mesmo aconteça com a mediação de dois entrevistadores, em que um deles possa estar livre para as anotações.

Foi realizado o grupo focal com 07 gerentes em uma sala da Policlínica Bernardo Félix da Silva no dia 28/01/2013. A escolha dos mesmos se deu através de sorteio aleatório, utilizando papeletes com os nomes dos 29 Centros de Saúde da Família. Foram utilizados os mesmos CSF sorteados para as entrevistas tipo grupo focal com os demais profissionais da equipe. Estes profissionais foram indicados pelos próprios gerentes, também mediante sorteio de cada categoria por CSF, na proporção de duas pessoas por categoria quais sejam: 02 ACS, 02 enfermeiros, 02 agentes administrativos, 02 auxiliares de enfermagem. Foi sugerido como critério para a escolha dos profissionais, aqueles que estavam há mais tempo trabalhando na equipe.

Em Sobral, existem 10 tutores do Sistema de Saúde Escola que atuam no território. Foram convidados 08 deles para participar do grupo focal, entretanto somente 05 compareceram. Em virtude desse quantitativo, fora realizada uma entrevista de grupo, dado que essa quantidade não atende ao pré-requisito quantitativo para caracterizar a formação do grupo focal, sendo mais aconselhável do ponto de vista metodológico, utilizar-se dessa técnica de coleta de dados.

Antes de iniciar tanto as entrevistas como os grupos focais, os sujeitos foram informados do objetivo do estudo e sua justificativa como também foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinado os respectivos Termos de Aceite. Todos os relatos do grupo focal e das entrevistas foram gravados com o auxílio de um gravador digital. Posteriormente as gravações foram exaustivamente escutadas pela pesquisadora e as transcrições foram feitas por profissionais que detêm experiência nesta atividade.

Fora explorado como fonte de informação a leitura do “Projeto Pedagógico do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Centros de Saúde da Família da Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE”, documento produzido pelos profissionais da EFSFVS, em que apontam as competências dos gerentes da ESF, elaboradas a partir do produto de oficinas realizadas com os gerentes. (EFSFVS 2012).

Vale salientar que este documento estava em fase de análise pela equipe técnica fato que confirma que os mesmos ainda não foram publicados pela instituição, entretanto são

extremamente importantes para a presente pesquisa por ser produto das falas e percepções dos protagonistas da gerência na ESF.

4.5 Análise das Informações

Segundo Bardin (1979 *apud* MINAYO, 2008, p. 300), para proceder à análise do material qualitativo, é necessário empreender a efetivação de três finalidades dentro da proposta de investigação social: (a) a primeira é heurística, ou seja, insere-se no contexto da descoberta a que a pesquisa se propõe. (b) a segunda refere à administração de provas, que se realiza por meio do balizamento entre os achados, as hipóteses ou os pressupostos. (c) a terceira é a de ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando-se o nível espontâneo das mensagens.

Nesta proposta de pesquisa a escolha para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo a partir do referencial de Bardin (1979 *apud* MINAYO, 2008), que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 2 *apud* MINAYO, 2008).

A modalidade da Análise de Conteúdo escolhida para o tratamento dos dados será a Análise Temática por apresentar características que vão ao encontro dos objetivos deste estudo.

Proceder a uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. (MINAYO, 2008).

Operacionalmente, a pesquisa que utiliza análise temática precisa da vivência de três etapas:

- Primeira etapa: Pré-análise. Nesta etapa, escolhem-se os documentos a serem analisados e a retomada de hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Compõem também um rol de tarefas nesta etapa: a leitura flutuante ao que o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo.

A constituição do *corpus* que se reveste do universo estudado em sua totalidade, respeitando as normas de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Segue-se a isso a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos que caracteriza a retomada da etapa exploratória a partir da leitura exaustiva do material e as indagações

iniciais. Nesta fase pré-analítica, determinam-se: a unidade de registro que se constitui na palavra chave ou frase; a unidade de contexto; os recortes; a forma de categorização; a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

Na presente pesquisa, a pré-análise se constituiu na escuta exaustiva das gravações e na leitura das transcrições, em um movimento de escuta-leitura como forma de apreender de forma efetiva o que os sujeitos da pesquisa relataram. A partir disso, procedeu-se a uma leitura de todo o material transcrito, organizando-o na perspectiva de observar se o mesmo estava alinhado aos objetivos do estudo.

- Segunda etapa: Exploração do material. Nesta fase da pesquisa, buscar-se-á encontrar o núcleo de compreensão do texto, buscando as categorias que são expressões ou palavras significativas encontradas nas falas, núcleo que organiza o conteúdo das mesmas. Escolher-se-á as regras de contagem das palavras ou expressões, a classificação e agregação dos dados escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que especificam os temas.

A segunda etapa consistiu em selecionar os relatos, identificar as principais expressões para compor uma matriz que nos ajudasse a proceder à Análise Temática, de encontro às questões norteadoras que foram colocadas no grupo focal e às perguntas das entrevistas de forma que nos ajudassem a identificar as competências percebidas pela pesquisadora.

- Terceira etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Esse será o momento de propor inferências e realizar as interpretações à luz do quadro teórico proposto, bem como podem surgir novas pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas.

Neste momento da análise, a partir dos achados, identificamos as competências tomando como base, os estudos sobre competência construtivista evidenciados por Bertrand Shwartz (*apud* DELUIZ, 2001), Irigoien Barrene e Vargas Zuniga (2004), consubstanciados por outros estudos que se fizeram importantes para a compreensão desta matriz de competência.

4.6 Aspectos legais e éticos da pesquisa

Referente aos procedimentos éticos, foram respeitados os princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os quais se referem à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O presente projeto de dissertação foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral e, antes de se dar início à obtenção das

informações, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, obtendo parecer favorável sob o protocolo de nº 329.686.

O princípio da autonomia foi respeitado à medida que foram garantidos o sigilo das respostas e a liberdade dos sujeitos deste estudo quanto à participação ou não, bem como a autorização para se afastarem da investigação no momento em que desejarem, sem que isto lhes traga qualquer prejuízo.

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, as quais os participantes o assinaram, ficando uma cópia com o sujeito do estudo e outra arquivada pela pesquisadora. Na ocasião, foi explanado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representava a colaboração dos integrantes para a obtenção dos resultados.

Quanto à não maleficência, a investigação não trouxe qualquer prejuízo aos sujeitos, pois não apresentou riscos ou desconfortos, nem foram utilizados procedimentos invasivos. Ressaltamos que na oportunidade de divulgação ou publicação do trabalho, a identidade dos participantes não será revelada, preservando o anonimato.

Os benefícios do estudo podem ser avaliados pela sua relevância, no sentido de contribuir para o conhecimento acerca das competências gerenciais para o gerenciamento na ESF, que implicarão em importante quesito para a gestão do SUS em nível municipal. No que concerne ao princípio da justiça, todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, apresentamos o resultado da pesquisa documental que traz a análise de uma proposta de sistematização das competências dos gerentes que atuam na ESF de Sobral, trabalho este realizado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, sob a coordenação do Grupo de Trabalho da Educação Permanente. Esta iniciativa nasceu da necessidade de adequar os processos de educação permanente que a instituição desenvolve com os profissionais tanto da assistência quanto da gestão, no âmbito da Secretaria da Saúde de Sobral. A gerência das unidades tem se mostrado como um trabalho com uma vertente muito ampla de atribuições e fazeres, consequência das transformações tanto do ponto de vista da atenção quanto ao atendimento do quadrilátero da saúde: gestão, atenção, educação e controle social, onde o gerente protagoniza o papel de ativador do processo de trabalho da equipe, que precisa alicerçar sua prática a partir destes eixos.

Na busca de explicar a estrutura de gerência construída no município para a APS, descrevemos posteriormente o contexto histórico do surgimento da figura do gerente, desde a implantação da ESF em Sobral, no ano de 1997.

Em seguida, apresentamos a análise das competências identificadas nos relatos dos grupos focais e nas entrevistas, ressaltando a importância de considerar a análise documental bem como a revisão de literatura, principalmente a partir das considerações dos estudos que focam a abordagem construtivista da competência.

5.1 A Fome do Sistema de Saúde Escola: a busca das competências do Gerente

Para conformarmos a análise documental, apontamos o primeiro movimento em Sobral que desencadeou o processo de discussão acerca das competências dos gerentes da ESF, protagonizado pela EFSFVS quando da elaboração do Projeto Pedagógico para o Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Centros de Saúde da Família da Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE, no ano de 2012.

Segundo o referido documento, a decisão de ofertar um curso de aperfeiçoamento direcionado aos gerentes nasce da constatação de que havia a necessidade de formar profissionais de saúde com as seguintes competências: política, técnica-humanística e ética, para atuarem na gerência no contexto da atenção básica, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, utilizando o referencial teórico-metodológico da abordagem por competência.

Para isso, a EFSFVS trabalhou com a concepção de abordagem por competência de Perrenoud (1999), na perspectiva de compreendê-la como a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos (cognitivos, afetivos, motores, políticos e sociais) em uma situação contextualizada, a fim de solucionar com pertinência e eficácia um determinado problema. A EFSFVS ressaltou que dentre as capacidades relevantes para o uso dessa abordagem, o “saber-ser” apresenta-se como a mais complexa por carregar em seu significado, atitudes, valores e comportamentos.

Como justificativa para a oferta, o fato de a gerência possuir um “[...] caráter articulador e integrativo, sendo a ação gerencial determinada e determinante no processo de organização de serviços de saúde e um instrumento para efetivação das políticas públicas de saúde.” (EFSFVS, 2012, p. 7). Somamos a isso o fato da EFSFVS ser uma instituição formadora, responsável pelo desenvolvimento de tecnologias para o SUS bem como atender ao que dispõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Municipal de Educação Permanente, ao se depararem com discursos que revelam fragilidades no processo de gerenciamento das unidades, propõe-se a desenvolver tal proposta de formação.

O projeto foi destinado aos profissionais de saúde de nível superior da ESF que exercem a função de gerentes dos CSF; área de conhecimento, no âmbito das ciências da saúde, na modalidade semipresencial, com carga-horária de 180h. Apresenta como referencial teórico-metodológico a formação por competência, a Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular. Possui como objetivo geral:

[...] formar profissionais de saúde para exercerem funções gerenciais em CSF com perfil profissional de competência política, técnico-humanística e ética, visando à condução e avaliação do processo de trabalho da equipe, do quadro de necessidades de saúde, da oferta e produção de serviços, disponibilidade de recursos institucionais, condução de operações em redes assistenciais, ajustando as decisões ao contexto do CSF, respeitando os princípios e diretrizes do SUS. (EFSFVS, 2012, p. 10).

Apresenta a seguinte matriz de competências (EFSFVS, 2012, p. 10)

- Analisar os determinantes do processo saúde doença com base nas características do território;
- Atuar com base nos princípios e diretrizes do SUS;
- Realizar o planejamento e avaliação da situação de saúde do território com vistas à reorganização das práticas de saúde;
- Analisar a produção de saúde do CSF onde o mesmo está inserido;
- Desenvolver o processo de co-gestão de coletivos;
- Organizar os fluxos de acolhimento no CSF;
- Apoiar o desenvolvimento de práticas de Educação Permanente da equipe visando a ressignificação no seu processo de trabalho;

- Prover adequação de recursos humanos com vistas à reorganização do processo de trabalho;
- Mediar conflitos existentes na equipe de saúde;
- Reconhecer o território como um espaço institucional de interação entre os recursos de estrutura e de processos de trabalho em saúde;
- Utilizar a comunicação como instrumento de interação humana, social e política;
- Promover o desenvolvimento da liderança para o exercício de uma gerência democrática e participativa.

Embora o desenho metodológico do curso e a metodologia de avaliação sejam aspectos extremamente importantes, não serão abordados nesta pesquisa, uma vez que, para esta discussão, utilizamos somente a matriz de competências, que serve de parâmetro de comparação com os resultados deste estudo de caso, ou seja, os aspectos metodológicos e de avaliação não estão diretamente ligados aos objetivos deste estudo, neste contexto da pesquisa.

5.2 A Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE e o surgimento do Gerente

5.2.1 Caracterização do Município

As informações relacionadas ao município de Sobral e sua caracterização relacionada à área da saúde, foram extraídas do Relatório Anual de Gestão da Secretaria da Saúde e Ação Social do ano de 2011 (SOBRAL, 2011), dado que o Relatório de 2012 não está disponível para consulta pública.

Sobral é um município da Região Noroeste do Estado do Ceará, criado no ano de 1772, distante da capital Fortaleza 240 quilômetros, com uma população classificada pelo IBGE em 2010 de 188.271 habitantes.

Quadro 2 – Divisão Territorial Sede

SEDE CSF	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS
Alto da Brasília	6.987	1.983
CAIC	8.760	2.489
Coelce	18.557	4.968
COHAB II	7.165	2.032
Dom Expedito	5.031	1.274
Estação	7.385	1.908

Expectativa	13.095	3.439
Junco	22.200	5.879
Padre Palhano	9.998	2.750
Pedrinhas	6.385	1.636
Sinhá Sabóia	14.239	3.669
Sumaré	7.576	2.114
Tamarindo	11.308	3.234
Terrenos Novos	14.572	3.884
Vila União	7.605	1.935
TOTAL	160.863	43.194

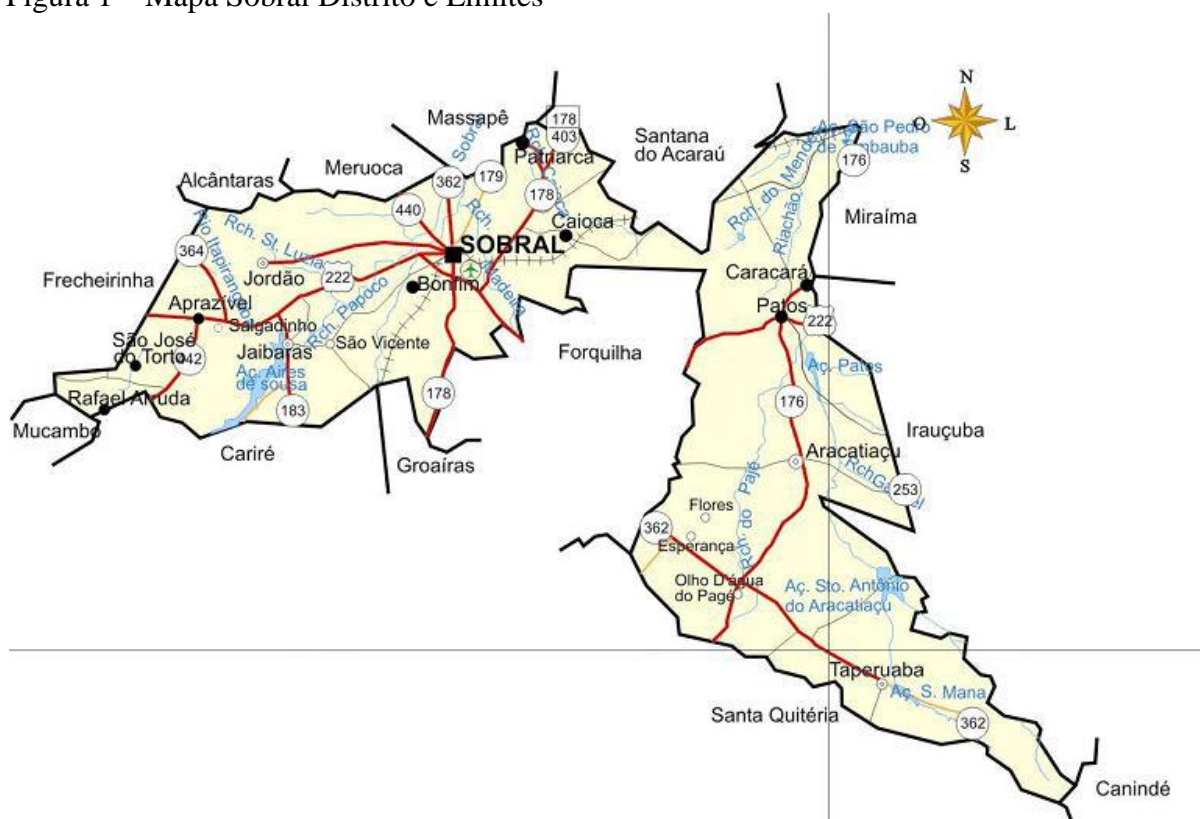
Fonte: Sobral (2011).

Quadro 3 – Divisão Territorial Distritos

DISTRITOS CSF	POPULAÇÃO	FAMÍLIAS
Aprazível	4.279	1.249
Aracatiaçu	6.161	1.575
Baracho	3.758	1.026
Bilheira	1.670	466
Bonfim	2.060	576
Caioca	2.558	719
Caracará	2.979	816
Jaibaras	7.608	2.166
Jordão	3.176	863
Patriarca	2.402	616
Rafael Arruda	4.381	1.233
Taperuaba	5.662	1.577
Torto	1.855	593
TOTAL	48.549	13.475

Fonte: Sobral (2011).

Figura 1 – Mapa Sobral Distrito e Limites



Fonte: Sobral (2011).

O município de Sobral, para organização da Atenção Primária, adotou a Estratégia Saúde da Família como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, composta ainda por serviços de atenção secundária e terciária.

Atualmente, o município dispõe de 48 equipes de saúde da família, 25 equipes de saúde bucal, 06 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídas em 28 Centros de Saúde da Família (CSF). Estes CSF estão localizados em áreas compreendidas como territórios sanitários e as equipes da ESF, dependendo de sua localização e perfil social e epidemiológico da população que atendem, acompanham cerca de 600 a 1.200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 87% da população do município.

Os serviços de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades especializadas, a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), hospitais, clínicas e laboratórios. Conta com 05 hospitais, dos quais quatro mantém convênio com o SUS. Em janeiro de 2013 foi inaugurado pelo governo do estado, o Hospital Regional Norte Dr. José Euclides Ferreira Gomes Júnior, unidade hospitalar e ambulatorial para atender a macrorregião norte, compreendendo 55 municípios. Em julho de 2012, o governo do estado entregou à população da Região de Saúde de Sobral, para o atendimento de 24 municípios, a

Policlínica Bernardo Félix da Silva, unidade de atenção especializada ambulatorial para consultas e exames, contando também em sua carteira de serviços com um Ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Pé do Diabético.

5.2.2 A Gestão do Sistema de Saúde de Sobral e a Gerência na Estratégia Saúde da Família

A adoção da Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, em 1997, como estruturante da APS, teve como principal objetivo promover uma mudança do modelo de atenção em saúde, até então de base quase que exclusivamente hospitalocêntrica e, com isso, proporcionar a melhoria da qualidade de vida de sua população. Desde então, os indicadores monitorados através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) vêm demonstrando uma relevante contribuição na reorientação da atenção primária atendendo ao que preceituam os princípios do Sistema Único de Saúde. Segundo dados do Relatório Anual de Gestão da saúde do município no ano de 2011, a ESF em Sobral vem “[...] imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre serviços e a população.”.

Segundo Ximenes Neto (2007), o modelo assistencial em Sobral antes de 1997 era predominantemente médico assistencial privatista, que tinha como foco a doença, sendo o Hospital Santa Casa de Misericórdia, o espaço para oferta dessa atenção, e nos Postos de Saúde que existiam à época, sobressaía-se o modelo de atendimento às Ações Programáticas de Saúde.

Em abril de 1997, no governo do então Prefeito eleito Cid Ferreira Gomes, tendo como secretário de saúde o médico sanitarista Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, o município adota o modelo assistencial de Sistemas Locais de Saúde-SILOS¹¹, com o apoio técnico da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Para atender aos anseios do novo governo, de suas propostas e diretrizes, fazia-se necessário que naquele momento em conformidade com uma nova lógica de assistência e gestão, fosse elaborado o Plano Municipal de Saúde.

Reconhecendo que o processo de organização do Sistema Local de Saúde de Sobral deva ter como componente básico a participação social e a utilização do planejamento estratégico, foi realizada a Oficina de Planejamento Estratégico do

¹¹ Os SILOS é um modelo assistencial de base territorial; busca uma lógica organizativa das ações de saúde a partir da divisão territorial e hierarquização do sistema; tem enfoque na epidemiologia social; busca a organização da gestão da saúde nos micro-espacos, a partir da descentralização sanitária. (XIMENES NETO, 2007, p. 200).

Sistema Local de Saúde de Sobral - SILOS, nos dias 04 e 05 de abril de 1997, onde se definiu a identidade desta Secretaria, sua missão, visão, os princípios norteadores do SILOS de Sobral, a situação desejada, linhas prioritárias de ação, principais obstáculos e parcerias, abaixo descritos. (ANDRADE; MARTINS JÚNIOR; BARRETO, 2000, p. 53).

Como produto da oficina de planejamento estratégico, a secretaria da saúde constrói como missão de sua nova caminhada: “Desenvolver ações de saúde e assistência social que promovam a qualidade de vida da população sobralense.” (ANDRADE *et al.*, 2000, p. 54). Para a nova gestão, começava o grande desafio de ir ao encontro do conceito constitucional de saúde como qualidade de vida, envolvendo uma gestão que deveria ser integrada, intersetorial e planejada, em conformidade com os princípios trazidos pelo SUS, operacionalizada por uma equipe que estivesse imbuída de uma postura ética e profissional solidária, humanística e de respeito à cidadania.

Conforme aponta o Plano Municipal de Saúde elaborado em 1997, no item que discute o “Apoio Gerencial e Administrativo”, este traz elementos interessantes quando da análise da situação atual, como a necessidade de “definição do modelo de gestão” e “desempenho da gerência de unidades de saúde com total dependência na coordenação central da Secretaria de Saúde e Assistência Social”. Entendemos que naquele momento não havia uma coordenação da Atenção Primária que estivesse mais próxima do trabalho dos gerentes e não havia um consenso quanto ao modelo de gestão das unidades. Na construção da situação desejada, o grupo aponta o desejo de uma “administração pautada no modelo participativo”. Como obstáculos apresentam dentre outros: a “prática de gerenciamento e gestão sem o planejamento das ações” e a “inexistência de critérios para eleição do gerente”, apontando entre parênteses “perfil das atribuições da função gerencial”, algo que se sugere ser a necessidade de desenhar esse perfil das atribuições daquele que viria a assumir a função de gerente no território. Referindo-se às linhas prioritárias de ação destacam dentre outros: “[...] implementação de uma política de recursos humanos, para viabilizar o aspecto técnico, assistencial e humano do SUS (gerentes e servidores).” (ANDRADE *et al.*, 2000, p. 69). Observa-se, portanto, a intenção do novo governo naquela época em incentivar o investimento na melhoria da capacidade para a gerência dos CSF, entretanto, ao analisar o item em que se apresentam as metas prioritárias, não enxergamos, diretamente, nenhuma meta que se refira ao trabalho específico do gerente que atua nas equipes de saúde da família, embora percebamos que nas metas, estejam diluídas as propostas relatadas acima.

Conforme demonstra Ximenes Neto (2007), após a realização da oficina o próximo desafio encarado pela gestão municipal foi: a municipalização da saúde, o

enquadramento do município no nível de Gestão Plena do Sistema Municipal e a territorialização, processo que culminou com a divisão do município em 23 Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). O autor destaca ainda que, desde 1997, quando da implantação do Sistema Local de Saúde de Sobral (SILOS), todos os profissionais da secretaria estavam inseridos em processos de qualificação, referindo ainda que quando se tratavam de médicos e enfermeiros, estas discussões aconteciam semanalmente, no turno da noite. Esse fato mais uma vez corrobora os investimentos na formação dos profissionais para prepará-los aos desafios que se consolidavam em sua prática diária.

Fato de extrema relevância que deve ser destacado quando da discussão da gestão da saúde em Sobral é o fato da secretaria municipal de saúde ter articulado, concebido e executado o primeiro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no ano de 1999, como bem demonstra Souza (2011):

A primeira turma iniciou-se em 1999, com 64 residentes, entre médicos e enfermeiros, todos inseridos nas equipes do Programa Saúde da Família. O financiamento foi exclusivo do município de Sobral, tendo finalizado 38 residentes. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família surge da compreensão que o novo modelo de saúde exigia um método inovador, que tivesse como princípio orientador da vivência pedagógica, o processo de trabalho na atenção básica, articulando o embasamento teórico com a reflexão sobre esse processo de trabalho, em diálogo permanente com os princípios e diretrizes da saúde da família e do SUS. (SOUZA, 2011, p. 69).

Com mais essa desafiadora iniciativa, atendia-se a necessidade da gestão e imediatamente gerava-se outra frente ao impacto positivo gerado no Sistema Municipal de Saúde com a criação da Residência, que era dispor de uma estrutura que pudesse acomodar aquele programa, o que culminou com o investimento na criação do prédio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Naquela época, a ideologia, a concepção de escola, já era parte dos que estavam na saúde do município, entretanto a construção do prédio veio solidificar o desejo de criar uma escola que respirasse a Estratégia Saúde da Família e que colaborasse com a formação para a nova estratégia estruturante. A construção do prédio, inaugurado em junho de 2001, foi um esforço coletivo da secretaria da saúde de Sobral, com o apoio e a colaboração de parceiros importantes como a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e do Governo do Estado do Ceará. Foi por um período reconhecida como Organização Social, posteriormente como um Instituto e atualmente é uma coordenação da Secretaria da Saúde de Sobral, sendo reconhecida como pessoa jurídica de direito público através do Decreto Municipal de nº 1247 de 13 de agosto de 2010.

Referindo constatações do estudo realizado por Ximenes Neto (2007, p. 208), destacamos:

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família trouxe para Sobral um forte impacto no processo de trabalho dos trabalhadores de saúde da ESF. Melhorou as relações dos trabalhadores de saúde com a gestão e com os usuários. Deu um caráter científico ao processo de produção em saúde na ESF, fato percebido nas competências individuais e coletivas dos trabalhadores de saúde com graduação. Proporcionou a Sobral um status político e sanitário, junto a outros municípios, mas, principalmente, às agências de fomento e ao Ministério da Saúde. Tais possibilidades levaram a gestão da Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, no ano de 2006, a institucionalizar o Sistema Saúde Escola de Sobral.

É importante destacar que as novas diretrizes e princípios trazidos da reforma sanitária, que culminaram com a implantação do SUS no Brasil como política de saúde, contribuiu sobremaneira para que Sobral desenvolvesse a concepção de escola, a valorização da formação e o reconhecimento da necessidade de adequação das equipes para a transformação das práticas de saúde e de gestão do sistema. A esses aspectos ousamos apontar, fazendo uma inferência a partir do que temos visto na literatura, contribuíram fortemente para a construção do arcabouço ideológico do Sistema Saúde Escola, no que denominamos hoje, a Secretaria da Saúde de Sobral, aderindo operacionalmente ao que preceitua o artigo 200 da Constituição Brasileira quando reconhece também como papel do SUS, ordenar a formação de recursos humanos para a saúde.

No que se refere à ascensão do profissional ao cargo de gerente no município de Sobral em 1997, o estudo de Ximenes Neto (2007) aponta que não houve um processo estruturado que o levasse a essa condição. Na verdade, ele destaca que o trabalho desenvolvido pelos profissionais da enfermagem, reconhecido e valorizado pela equipe de coordenação, a partir da liderança que observaram dos mesmos no território, foi o indicador mais relevante para a ascensão à função gerência. De fato, o fator liderança é preponderante para qualquer atividade de gerência uma vez que essa característica promove a articulação de pessoas e processos, mobilização de recursos de forma a alcançar os objetivos do trabalho.

Maxwell (2008), em sua obra sobre a liderança, traz uma série de elementos que não se firmam como uma verdade fechada sobre o tema, entretanto afirma de forma categórica que a liderança “[...] não é uma coisa fácil de ser aprendida” e que exige muito esforço de quem deseja desenvolvê-la, pois é “[...] exigente e complexa”. Ele traz algumas constatações sobre a liderança como: “[...] liderança é a disposição de assumir riscos”; “[...] é o desejo apaixonado de fazer a diferença”; “[...] é se sentir incomodado com a realidade”; “[...] é enxergar as possibilidades de uma situação enquanto outros só conseguem ver as

dificuldades”; “[...] é abrir a mente e o coração”; “[...] é inspirar outras pessoas com uma visão clara da contribuição que elas podem oferecer”; “[...] é a capacidade de se importar com os outros e, ao fazer isso, liberar as idéias, a energia e a capacidade dessas pessoas” (MAXWELL, 2008, p. 13).

Para Khoury (2009, p. 15), liderar significa exercer influência sobre o que se passa ao seu redor, seja construindo a vida que o sujeito deseja para si, seja inspirando outros sujeitos a caminharem na mesma direção. Afirma ainda que a liderança seja uma habilidade, que pode ser desenvolvida e que para isso depende de ações práticas e objetivas. Sua idéia sobre liderança está diretamente relacionada à capacidade do sujeito de agir, tratando, portanto a liderança como uma “questão de atitude”. Apresenta alguns temas essenciais no desenvolvimento da habilidade de liderar: comunicação, iniciativa, respeito, construção de relacionamentos, resolução de conflitos e execução. Imprime à comunicação, a ferramenta “talvez” mais importante da liderança uma vez que a mesma exerce grande impacto nas pessoas.

Segundo Oliveira (2002), a teoria sociológica afirma que o líder se caracteriza como função do meio social e que o alcance de seu prestígio vem da aceitação por representar os ideais da coletividade em determinada situação, caracterizando seu caráter de “líder emergente”. Destaca ainda que a teoria do campo social reconhece a liderança como uma relação funcional entre membros de um grupo, no qual o seu prestígio é adquirido através de sua participação ativa e integrada com os ideais da comunidade, a partir da demonstração inclusive de suas capacidades.

Esses posicionamentos colocados nas obras dos autores nos leva a pensar no estilo pensado de uma liderança do território de saúde, pois trazem elementos objetivos, subjetivos, administrativos e terapêuticos, numa mistura interessante que devem estar nas atitudes, no pensar e no agir do gerente, numa mistura interessante.

Em se tratando de gerência na ESF, esses fatores multiplicam-se dada a complexidade de gerenciar aspectos diretamente relacionados com o processo saúde-doença em um território onde se constroem relações sociais em que os interesses, a cultura, os valores, as necessidades de saúde são diversas e que muitas vezes a racionalidade que é orientada para organizar o processo de trabalho da equipe de saúde não considera estes aspectos gerando muitas vezes um conflito entre o “como fazer” da equipe com o que realmente é necessário fazer, respeitando as subjetividades da comunidade. O gerente precisa estar atento a estes aspectos que muitas vezes não são verbalizados e se o são, precisam ser considerados para a organização do serviço no território de forma que o vínculo, estratégia tão

importante para a atuação da equipe, seja construído e, sobretudo mantido e retroalimentado de forma permanente.

Aspecto importante na gestão da Secretaria da Saúde de Sobral é o processo que fora instaurado desde 2003 de implementação das “Rodas”, numa alusão à proposta de cogestão, a partir das propostas do Prof. Gastão Wagner de Souza Campos. A proposta das rodas é que aconteçam às quintas-feiras à tarde nos CSF’s, e que contem com a participação de todos os profissionais. Nesses momentos, discutem-se assuntos relacionados ao funcionamento não só do CSF, mas também de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde em interação com o território e das demandas que surgem da discussão dos demais colegiados. Além da roda dos CSF’s, existe a “Roda dos Gerentes”, colegiado formado pelos gerentes dos CSF’s sob a coordenação da APS. Complementando, existe o Colegiado de Gestão da Secretaria da Saúde em que participam as coordenações estratégicas e o secretário de saúde. Percebemos que o movimento da “roda” tem modificado as relações que se estabelecem entre os colegiados, numa perspectiva de facilitar o diálogo entre os trabalhadores que estão nos CSF’s e a gestão do sistema. Entretanto, apesar da existência de um distanciamento visível do ponto de vista metodológico na efetivação da proposta em si da cogestão, a roda continua sendo um processo importante, pois estimula a aprendizagem, a autonomia dos sujeitos. Sendo assim, reconhecemos ser necessária uma compreensão de sua base ideológica e pedagógica, para que realmente a roda se transforme em um espaço de co-gestão e de troca de saberes e práticas, numa perspectiva dialógica e não impositiva de repasse de informações que advém da Roda de Gerentes ou do Colegiado de Gestão.

Atualmente, no governo municipal que iniciou no ano de 2013, há o tencionamento da gestão para que a escolha dos gerentes dos CSF aconteça através de seleção pública, a partir de critérios exigidos de acordo com os princípios e diretrizes da política de saúde, que levem também em consideração as discussões já realizadas acerca do processo de trabalho do gerente e nas competências requeridas para tal função.

5.3 Entre o Pensado e o Vivido: a prática e as competências

A caminhada entre o pensado e o vivido pretende, através da interpretação dos relatos dos sujeitos pesquisados, investigar sua particular relação com o objeto desta pesquisa, buscando por meio do diálogo com a prática do gerenciamento na ESF, identificar as competências a serem desenvolvidas para quem atua no território.

Os sujeitos expressaram suas visões a partir do lugar que ocupam, portanto os relatos traduzem o sentir, o fazer, o pensar que deve ser feito, considerando a subjetividade e objetividade na vivência e convivência de suas equipes de trabalho.

Optamos por organizar os achados, identificando as expressões que simbolizam o que a pergunta norteadora procura, ou seja, na construção dos quadros abaixo, instrumento de nossa análise temática, elegemos como categorias, a síntese das perguntas norteadoras, a partir dos sujeitos que as discutiram e, a partir disso, foram elaboradas as competências à luz da interpretação da pesquisadora, consubstanciada pela experiência vivida quando da caminhada como tutora de território, como preceptora da residência multiprofissional e como trabalhadora do SUS de Sobral, considerando também o aporte da literatura estudada, para compor os resultados deste estudo.

É importante salientar que foram analisadas as competências neste estudo de caso, revelando o que aparece como comum aos diversos sujeitos pesquisados, o que difere, como também, o que surge de novo.

A discussão, vale ressaltar, será permeada e contaminada a todo momento, pelo reconhecimento do território como espaço social onde estas práticas de saúde e as práticas gerenciais se desenvolvem. Território entendido e difundido como Milton Santos (2006) coloca-o em seus estudos sobre geografia da saúde. Entendido como categoria de análise social, apresentando-se como o recorte ou uma fração do espaço qualificado pelos sujeitos, tal qual ele é, ou seja, o espaço vivido por eles. Nessa acepção, para a compreensão das práticas vividas e pensadas no contexto da ESF, foi essencial para a análise da pesquisadora, considerá-lo como espaço de produção social indissociável das práticas de gerência.

5.3.1 O perfil sócio-educacional dos gerentes do município de Sobral

Optamos por caracterizar um dos sujeitos da pesquisa, no caso, os gerentes, por serem eles protagonistas das práticas gerenciais, núcleo que dá sentido ao objeto desta pesquisa. Dessa forma, maximizamos a interação com esse sujeito, podendo perceber, através das perguntas formuladas no questionário, informações importantes que podem carregar potenciais inferências na análise dos resultados.

Foram respondidos 25 questionários, abrangendo uma amostra que representou 89,28% dos gerentes da ESF de Sobral.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos gerentes por idade, sexo e estado civil. Ressaltaamos que todos os gerentes entrevistados são enfermeiros.

De acordo com Ermel e Fracolli (2003), a gerência de serviços de saúde apresenta-se, historicamente, como uma prática realizada por enfermeiras. Refere que esse fato, inclusive considerando a forte questão de gênero presente nessa afirmação, dá-se pela presença marcante da capacidade dessas profissionais de saber organizar e sistematizar rotinas, legitimando a hierarquia e a disciplina presentes nas instituições públicas.

Podemos perceber a congruência das afirmações da autora, na análise que se apresenta a seguir, acerca da maioria de gerentes, enfermeiras mulheres.

Quadro 4 - Distribuição de 89,28% dos Gerentes da ESF de Sobral por idade, sexo e estado civil

VARIÁVEIS	Nº	%
Idade		
20 a 29 anos	01	4
30 a 39 anos	11	44
40 a 49 anos	09	36
50 a 59 anos	04	16
TOTAL	25	100
Sexo		
Feminino	24	96
Masculino	1	4
TOTAL	25	100
Estado Civil		
Solteiro	02	8
Casado	21	84
Desquitado	1	4
União Estável	1	4
TOTAL	25	100

Fonte: Elaborado pela autora.

Observamos através do quadro que a maioria dos gerentes desta amostra está na faixa etária entre 30 e 39 anos, ou seja, 44%. O percentual de 36% de gerentes entre os 40 a 49 anos vem em seguida, revelando que a maioria dos gerentes tem menos de 50 anos de idade, portanto consideramos um coletivo de gerentes adultos. Somente 01 gerente, que representa a minoria de 4% está na faixa etária dos 20 a 29 anos.

Com relação ao sexo, a amostra revela uma predominância praticamente absoluta de mulheres, ou seja, 96% contra uma minoria de 4% de homens, representado por 01 homem. Segundo Vanderlei (2005), em estudo realizado com gerentes de Unidades Básicas de Saúde no estado do Maranhão, ficou demonstrado que 100% dos gerentes eram mulheres.

O estudo realizado por Ximenes Neto no ano de 2007, com os gerentes da ESF de Sobral, revelou que 92,9% dos gerentes eram do sexo feminino, ou seja, parece ser uma

tendência, uma vez que a maioria também dos alunos dos cursos de enfermagem são mulheres. Citando Ximenes Neto (2007):

O feminino sempre foi muito forte na Enfermagem Brasileira, assim como na enfermagem mundial. No caso da Enfermagem no Brasil, seu ensino, desde a gênese, teve como objetivo o preparo teórico e prático, ou seja, a formação de enfermeiras. A primeira Escola de Enfermagem, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados – depois Escola de Enfermagem Alfredo Pinto –, apesar da denominação também no masculino, teve a finalidade de preparar enfermeiras, para hospitais e hospícios militares e civis. (XIMENES NETO, 2007, p. 212).

Portanto, pela referência, percebemos que em âmbito nacional a profissão de enfermeiro foi historicamente concebida para mulheres. De qualquer forma, entendemos que os gerentes da ESF não devem ser obrigatoriamente mulheres ou enfermeiras, é importante que o profissional atenda a um perfil que esteja de acordo com as necessidades hoje apontadas pelas diretrizes do SUS e da ESF, desenvolvendo as competências exigidas pela função gerência. Além do fato de serem a maioria mulheres, a amostra revela ainda que a maioria dos gerentes são casados, correspondendo a 84%.

Dos gerentes estudados, a maioria de 44%, 11 deles, concluiu a graduação em enfermagem na primeira década do ano 2000, seguido de 32% que corresponde a 08 gerentes, que concluíram na década de 1990 e 24%, com 06 gerentes que concluíram na década de 1980. Percebemos que a diferença entre a maioria e a minoria é de 05 gerentes, correspondendo a 20% de diferença em percentuais. Esse fato pode nos levar a afirmar que se tem gerentes experientes, se considerado o tempo de graduação e a perspectiva de estarem no mercado de trabalho da ESF.

Com relação ao perfil educacional, a amostra revelou que 23 gerentes, 92% possuem curso de pós-graduação, enquanto apenas 2 deles, 8% não possuem. Destes que possuem pós-graduação, 48%, ou seja, 12 deles, concluíram a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 20% concluíram Especialização em Saúde da Família e Especialização em Saúde Pública respectivamente e 8% fizeram Especialização em Educação Profissional em Saúde.

Depreendemos desses números que, na sua maioria, os gerentes participaram de programas de pós-graduação e que os mesmos devem ter os conhecimentos acerca do complexo sistema de saúde que temos, principalmente aqueles que estiveram na RMSF, uma vez que é um processo de imersão muito forte no território de saúde, principalmente para o enfermeiro.

Os números revelam ainda que 20% deles participaram de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. As outras especializações citadas foram Enfermagem Obstétrica, Saúde Integral do Adolescente, UTI Neonatal e Pediátrica e Saúde Mental.

A participação de gerentes nessa especialização que envolve a gestão de sistemas e serviços de saúde tem um foco mais voltado para a discussão da gestão e da gerência, aporte importante para a atuação dos mesmos enquanto gerentes.

Outro aspecto importante revelado pela amostra refere-se ao fato deles terem assumido a função de enfermeiros assistenciais na ESF de Sobral, antes de se tornarem gerentes.

Com relação ao tempo na gerência, 10 gerentes afirmaram estarem há mais de 10 anos na função gerência e 5 deles está há menos de um ano; 05 gerentes entre 01 e 05 anos; 05 deles há menos de 1 ano como gerentes. Todos os gerentes desta amostra, afirmaram não ter recebido capacitação da Secretaria da Saúde de Sobral para assumir a gerência.

Quanto à pergunta sobre a participação em algum curso sobre gerência, por iniciativa própria ou da secretaria, 16 gerentes que corresponde a 64% referiram não ter participado. Os demais gerentes citaram ter participado de cursos ofertados pela EFSFVS ou pela Secretaria Estadual de Saúde nos programas: Curso de Gerenciamento em Centros de Saúde da Família; Especialização em Serviço de Saúde; Especialização em Gerenciamento em Serviço de Saúde; Gestão do SUS; Gerenciamento em Saúde em programa de Educação à Distância.

Considerando a existência da EFSFVS em Sobral, perguntamos se existem ações de educação permanente em gerência sendo desenvolvidas. Da amostra, 48%, ou seja, 12 gerentes responderam não existir, enquanto 20%, 05 gerentes, responderam que existem. O mesmo percentual de 20% responderam que existiram, mas não tiveram continuidade. Os demais, 02 gerentes responderam que raramente existiram e 01 gerente adjetivou que existiram ações de forma superficial.

A partir das falas, percebemos que, de alguma forma, são desenvolvidas ações de educação permanente em gerência pela EFSFVS, mesmo com o percentual considerável que respondeu não existir, entretanto estas ainda não conseguiram visibilidade para a maioria dos gerentes. Afirmamos isso porque estamos utilizando um produto elaborado pela EFSFVS, que aqui se coloca como aporte documental para esta análise, em que tem como principal objeto as competências do gerente, na intenção de ofertar um curso de aperfeiçoamento.

Acreditamos que é importante considerar que para um elevado número de gerentes ainda não está claro o desenvolvimento dessas ações de educação permanente por parte da EFSFVS, sendo necessário maior efetividade por parte da própria Secretaria da Saúde no fortalecimento dessa ação, sobretudo por ser uma necessidade em termos de eficácia e eficiência da gestão e da gerência, o preparo adequado dos profissionais que assumem a função gerência, elemento essencial ao bom desenvolvimento das ações de atenção à saúde no território.

Compreendemos que não só a oferta de ações de educação continuada são importantes, mas sobretudo, a oferta de ações de educação permanente, de forma orgânica, participativa, dialógica, em que a EFSFVS com seu aporte técnico de tutoria e preceptoria possa desenvolver uma estratégia que discuta de forma permanente as práticas de gerência no território, considerando tanto as competências para tal como as especificidades da ESF, principalmente porque temos à frente da gerência dos serviços de porta de entrada do sistema, profissionais enfermeiros, que, como bem demonstram os dados, não tiveram quase ou nenhuma formação em gerência. A permanência dessa característica pode desqualificar esse coletivo, a gestão do sistema municipal e, sobretudo, comprometer sobremaneira a qualidade dos serviços que são ofertados. Não queremos aqui afirmar que a única variável importante na qualidade da oferta de serviços de saúde seja a qualidade da gerência, mas reconhecer o valor que a mesma tem no processo de condução dos serviços de saúde.

Conforme Teixeira (2004), o processo de mudança do modelo de atenção à saúde, conforme proposto pela reforma sanitária e o SUS, exige a implementação de mudanças político-gerenciais que criem condições favoráveis a inovações na dimensão gerencial, organizativa e conseqüentemente técnico-assistencial que incidam, sobretudo, no conteúdo das práticas, na organização do processo de trabalho das unidades como também aponta a necessidade de organização das mesmas em redes assistenciais.

Esse contexto de transformação aponta a necessidade de alguém que conduza e lidere as equipes de forma a buscar os objetivos que advêm desse processo de mudança, ou seja, como pensar a efetivação dessas propostas com um gerente de serviço que não compreenda tais conceitos? Para além da compreensão somente dos conceitos, como conceber essa mudança se as equipes gerenciais não consideram a ESF como caminho viável, do ponto de vista institucional da política de saúde brasileira, enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial? São questionamentos, posicionamentos que precisam ser solidamente discutidos nas equipes de gerência das unidades de saúde por ser fator essencial ao

favorecimento dessas mudanças que incidirão fortemente sobre os resultados da produção de saúde, na perspectiva de seu conceito ampliado.

Considerando o vínculo empregatício, 92%, ou seja, 23 estão nomeados em cargos comissionados de gerente e 8%, 02 são do quadro efetivo da prefeitura municipal de Sobral.

No item em que perguntamos se o profissional enfermeiro atua exclusivamente como gerente, 36%, 09 deles, atuam somente como gerentes, enquanto 64%, 16 gerentes acumulam a gerência e a função de enfermeiros assistenciais.

Percebemos nos relatos inclusive dos grupos focais com os gerentes, que o acúmulo dessas funções, gerência e assistência, traz uma angústia e uma incompreensão por parte dos mesmos, do por que isso ocorre, dado que em alguns territórios o enfermeiro atua somente como gerente. De fato, pensar a quantidade de atribuições e de fazeres relacionados tanto à gerência como à assistência, no contexto atual, parece complexo, desafiador e porque não dizer, arriscado assumir esses dois papéis. A responsabilidade do enfermeiro com sua área adscrita exige dele, além de um olhar vigilante, a supervisão de sua equipe de ACS e o atendimento da demanda de todos os programas de atenção preconizados pelo MS.

Na outra vertente, temos o trabalho do gerente numa perspectiva bastante ampliada de atuação, sobretudo porque tem uma equipe de trabalho, uma unidade de saúde e um território sobre o qual o seu fazer se insere. Acumular duas grandes frentes para esta maioria tem um preço que pode, além do risco político-técnico-operacional, interferir na qualidade de vida no trabalho, na saúde do sujeito gerente, dado o acúmulo de responsabilidades. Adiante poderemos perceber, conforme as próprias falas dos sujeitos pesquisados, o que está posto, assumido como prática de quem se encontra na gerência.

5.3.2 Do ponto de vista da prática gerencial

As práticas de gerenciamento *versus* Competências

Quadro 5 – As práticas de gerenciamento *versus* Competências na visão dos Tutores de Território

TUTORES DE TERRITÓRIO	
Práticas Gerenciais	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gerência de pessoal ❖ Gerência do território ❖ Vigilância em saúde ❖ Gestão de pessoas ❖ Gerenciamento da própria unidade ❖ Protocolos de serviços ❖ Gerência de enfermagem de assistência ❖ Resolver a demora na Marcação das consultas ❖ Mapas ❖ Acolhimento com os usuários ❖ Ouvidoria ❖ Roda da unidade 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal ❖ Gerenciar o território tendo como princípio a vigilância em saúde; ❖ Supervisionar a estrutura física da unidade ❖ Elaborar os protocolos de serviço ❖ Coordenar o processo de construção dos mapas mensais ❖ Acolher os usuários ❖ Coordenar o processo de desenvolvimento da co-gestão através das rodas

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – As práticas de gerenciamento *versus* Competências na visão dos Profissionais da Equipe

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	
Práticas Gerenciais	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Resolver os problemas que aparecem ❖ Organização do serviço ❖ Acolhimento ❖ Funcionamento da unidade em si ❖ Acolhimento. ❖ Cronograma dos enfermeiros e médicos. ❖ Chamar a equipe para planejar. ❖ Controle dos mapas ❖ Carro ❖ Supervisionar o trabalho da equipe ❖ Conhecer o território ❖ Mediar conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Articular os parceiros e/ou a Rede de Atenção para o enfrentamento ou resolução de problemas da comunidade relacionados à saúde ❖ Coordenar o processo de organização do serviço ❖ Coordenar o processo de planejamento da unidade ❖ Coordenar o processo de construção dos mapas mensais ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal ❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 - As práticas de gerenciamento *versus* Competências na visão dos Gerentes

GERENTES	
Práticas Gerenciais	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gestão de insumos ❖ Gestão de pessoal ❖ Gerenciar a unidade ❖ Construção dos mapas ❖ Planejamento ❖ Articular o transporte sanitário ❖ Acolhimento dos cidadãos ❖ Avaliar os indicadores do território ❖ Construir vínculo ❖ Conhecer bem o território ❖ Acompanhamento dos residentes em saúde da família ❖ Manutenção da estrutura física 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal ❖ Manter a unidade em pleno funcionamento ❖ Gerenciar os insumos de forma a atender a necessidade do serviço ❖ Coordenar o processo de construção dos mapas mensais ❖ Coordenar o processo de planejamento da unidade ❖ Articular os parceiros e/ou a Rede de Atenção para o enfrentamento ou resolução de problemas da comunidade relacionados à saúde ❖ Acolher os usuários ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos ❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe ❖ Acompanhar o processo de trabalho dos residentes e dos profissionais do NASF de forma a contribuir para sua formação e desenvolvimento profissional ❖ Supervisionar a estrutura física da unidade

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira consideração importante observada como ponto comum aos três sujeitos pesquisados refere-se à prática da “gestão de pessoas e a gerência de pessoal. Estes aspectos ou práticas se revelam como preocupações sentidas, pensadas e vividas nas falas dos três grupos.

Entendemos que a gestão de pessoas é colocada no grande bloco que abrange todos os aspectos relacionados à cultura que se constrói nas organizações, as relações que se estabelecem na equipe entre os pares e destes com a comunidade, aliada à questão do desenvolvimento das competências da equipe.

Entendemos neste estudo a “gerência de pessoal”, como subárea dentro da gestão de pessoas, responsável pela organização, monitoramento e controle das questões relacionadas à frequência, folha de pagamento, benefícios trabalhistas, escalas de funcionários dentre outras atividades que estão mais relacionadas à legislação a que a instituição obedece. As idéias podem ser observadas nas falas:

[...] a gerente é sim a pessoa, como a “Mariposa” falou, pessoa certa para a problemática, pessoa que organiza o serviço, questão da divisão das tarefas dos funcionários, acolhimento, é a pessoa certa para dividir, ter conhecimento ao funcionamento da unidade, chegada e saída dos funcionários, questão de frequência, ter o controle, é um eixo ele é o centro e todos estão ao seu redor, tem que observar a todos na unidade. (ACS).

[...] gestão pessoal, gestão de insumos, acho que a gente é o centro de saúde do território, que tem toda uma discussão sobre a diferença e uma discordância no que a gente faz, e, ao mesmo tempo que ela diz gestão de recursos humanos mais nós não temos autonomia sobre essa gestão, qual é a nossa gestão? É saber quem chega cedo, quem chega tarde, quem faltou, quem tá de atestado, os problemas que esse profissional tem com a equipe, mais autonomia que por exemplo, quando a gente vai receber um profissional que ele vem sendo transferido. (Gerente Acácia).

Tem as práticas de gerenciamento que são geralmente demandadas pela instituição, pela secretaria, um gerenciamento de pessoal, de insumo, do próprio sistema de informação, que ele tem sempre que prestar conta disso e ele tem que aprender a fazer isso, mesmo que a formação dele não dê conta, e tem um gerenciamento também que eu acho que é clínico assistencial. (Tutor Amarelo).

Muitas são as visões dos autores da Administração acerca do conceito de gestão de pessoas. Para Zouain (2003 *apud* ARAÚJO; GARCIA, 2010, p. 178), a gestão de pessoas compreende o processo gerencial em que são identificadas e analisadas as necessidades organizacionais de gestão de pessoas para o desenvolvimento de políticas, programas e atividades que satisfaçam essas necessidades com vistas a assegurar a realização dos objetivos da instituição ou do negócio, levando em consideração o ambiente em permanente mudança.

Merhy *et al.* (1997), em seus estudos sobre a gerência de serviços de saúde, especificamente no que diz respeito aos sujeitos desses serviços, refere a importância de atuar numa lógica de estimular a ação e o autogoverno dos sujeitos do trabalho em saúde, numa perspectiva de construir sujeitos criativos, éticos, tecnicamente competentes e dispostos a trabalhar um projeto de saúde em defesa da vida. Para tanto, o mesmo autor propõe a consideração do campo da política, da organização e dos processos de trabalho como dimensões importantes que podem alavancar um processo de alterar a lógica do cuidado à saúde e conseqüentemente, do modelo de atenção.

Nesse ponto, percebemos ser através das pessoas, por suas potencialidades sociais, técnicas e humanas que gerentes e líderes de equipes, precisam dispor-se de ferramentas da área da gestão de pessoas para as transformações necessárias do cenário em que atuam, numa perspectiva de construção, como é pensado pelo autor referido e como temos percebido como prática necessária dos gerentes da ESF de Sobral.

Segundo Chiavenato (2008, p. 08), a gestão de pessoas é uma área muito sensível, contingencial e situacional uma vez que está numa relação de dependência com aspectos como a cultura que existe em cada organização, a estrutura organizacional adotada (entendendo isso como o desenho organizacional que aponta aonde, o que as pessoas fazem e que nome

recebem para fazê-lo), as características do contexto ambiental, da tecnologia utilizada, da forma como os processos internos são concebidos, do estilo de gestão, enfim de diversos outros aspectos que conformam essa grande área.

Essa área de conhecimento, como campo de prática, exige muito do gerente numa perspectiva de que além de um conhecimento que eles sentem necessidade, parece ser necessário sensibilidade, solidariedade, capacidade de empatia para que, nessa prática, o gerente consiga dar a resposta tanto à sua equipe quanto à comunidade. Talvez essa competência consiga dar resposta a muitas atribuições, inspirá-lo a responder a diversas situações que o gerente se depara na sua rotina de trabalho, pois em todos os espaços do território os fatos são mediados, processados e formulados pelas pessoas sob sua liderança.

Outro ponto revelado pelos três grupos refere-se à consolidação dos mapas mensais, revelada também como uma competência, entretanto no campo da coordenação do gerente para tal, uma vez que certos mapas devem ser além de consolidados também pelo enfermeiro assistencial, sobretudo servir de ferramenta de análise, em se tratando de indicadores de área adscrita sob a responsabilidade deste profissional.

[...] a prática está na questão de mapas, estruturas, organização dos serviços, na parte também de resolver, no caso tem o problema, a pessoa chega a pedir a quem para resolver? Geralmente a quem se dirige é a gerente, na parte até de um exame, a parte mais complicada, a gente recorre à gerente, mesmo tendo a enfermeira, ela tem que ta a par do que esta acontecendo dentro da unidade. (Agende Administrativo).

Embora tenha sido revelada nas falas somente dos profissionais da equipe e dos próprios gerentes, a prática relacionada a conhecer o território propôs uma competência que vai para além do conhecer no sentido geográfico, mas reconhecê-lo como de responsabilidade sanitária da equipe como um todo, princípio básico para efetivar a atuação da equipe na ESF. Essa, associada à competência da gestão de pessoas, é uma das principais competências de quem pretende uma atuação seja na gerência, seja na assistência.

Conforme Ponte *et al.* (2010), a concepção de território no trabalho das equipes da ESF deve ultrapassar a de espaço como concepção geográfica e político-operativa do sistema de saúde. O conhecimento e valorização do território devem ser considerados necessários para a atuação dos profissionais, pois é nesse movimento que a equipe consegue se conectar à dinâmica de vida da comunidade, à “[...] identificação do processo saúde e adoecimento relacionado a fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros, valorizando a história da comunidade numa concepção ampliada de saúde.” (PONTE *et al.* p. 82).

[...] E assim devido a isso, essa confiança adquirida nos gerentes né, e algumas coisas, estou lembrando aqui no meu trabalho para que esse gerente tenha uma boa prática de gerenciamento ele precisa de conhecer bem o território, ele precisa ter vínculo com a comunidade, entendeu, é lógico que tem aquele gerente que ele tá iniciando vai ter um momento de ele começar assim, todos os locais vai ter aquele momento né,... (Gerente Orquídea).

Percebemos também a preocupação dos gerentes e dos profissionais da equipe na resolução de problemas das mais diversas origens, aspecto não apontado pelos tutores. Acreditamos que este fator surge nas falas dos dois últimos grupos pelo fato dos mesmos estarem vivendo essa realidade todos os momentos, revelando a necessidade do gerente de desenvolver a competência de articular os diversos parceiros e/ou a Rede para o enfrentamento de problemas que a equipe sozinha não tem como resolver. Esse fato é bastante corriqueiro no território, principalmente porque determinadas demandas fogem do âmbito somente da assistência.

Com relação ao acolhimento, os gerentes referem ser esta uma de suas grandes práticas, pois as demandas, das mais diversas, seja pela equipe ou pela própria comunidade, são colocadas frente ao gerente. Acolher pessoas insere-se na rotina da equipe como parte indissociável da produção das práticas de saúde. Compreender seu significado remete a uma reflexão abrangente, que comportaria uma pesquisa como um todo, dado sua importância e complexidade, quando levada sua discussão para a área da saúde. Nesse sentido, reconhecendo a riqueza da temática em todos os campos do sistema de saúde, vamos aqui ressaltar sua intrínseca relação com outros determinantes importantes para o trabalho na ESF como vínculo, acesso, cuidado, dentre outros que são merecedores de destaque investigatório e reflexivo.

Tomamos como ponto de reflexão entender o acolher como tomar em consideração, facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, pois muitas vezes a cura, a prevenção que dependem de tantos fatores, podem não estar nas mãos das equipes de saúde, porém o acolhimento e o cuidado mesmo que não possam curar a patologia que adoce o sujeito, poderão, antes de tudo, curar a “desumanidade”, considerada uma doença que ataca a todos (ZAUHY; MARIOTTI, 2002).

Resolver tipo... é conflitos, é exames que são difíceis para ir para central, acolher essas pessoas que chegam, por isso que eu digo que vai além de gerenciamento, por que o gerente também acolhe essas pessoas. (Gerente Margarida).

Ressaltamos que uma prática interessante apontada pelo grupo dos gerentes e somente deles, foi o acompanhamento dos residentes no território. Quando falamos

interessante, é para ressaltar que os tutores, aqui também representados em um grupo, não apresentaram essa prática em seus relatos, sendo, portanto, um reconhecimento importante que o gerente faz quando traz para si esse cuidar do processo de trabalho do residente. Essa constatação, no âmbito de Sobral que acolhe um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sem dúvida se faz importante competência do gerente, corroborada inclusive pela ideia de Sistema Saúde Escola, concepção partilhada por todos os atores da secretaria da saúde.

Deixa só eu colocar questão da residência, a gente acaba gerenciando a ação deles, apesar de os tutores estarem ali presentes, mas se não for o gerente conduzindo em alguns momentos, até conversando com os tutores, dar uma orientação, as coisas às vezes não fluem como deveriam ser, até porque o tutor talvez não tenha a vivência dentro daquele território, a necessidade que precisa ali.... o primeiro momento é com a gente mesmo, a gente gerencia ali, para que as coisas comecem a acontecer. (Gerente Rosa).

O reconhecimento da participação do gerente na formação dos residentes, mesmo sendo no âmbito particular do município de Sobral, parece ter sido incorporado pelos mesmos, o que nos leva a acreditar que a competência referida de acompanhar o processo de trabalho destes e dos profissionais do NASF se concretiza como prática, revelando sua conscientização em relação a esse papel, que se insere como parte da gestão de pessoas.

5.3.3 Do ponto de vista: gerência do CSF e ou gerência para o território

Prática Gerencial restrita ao Centro de Saúde da Família e/ou Território.

Quadro 8 – Gerência CSF ou para Território na visão dos Tutores de Território

TUTORES DE TERRITÓRIO	
Práticas Gerenciais	Competências
❖ Estende-se ao território pela responsabilidade sanitária que assume	❖ Supervisionar a atuação da equipe em todo o território ❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 9 - Gerência CSF ou para Território na visão dos Profissionais da Equipe

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	
Práticas Gerenciais	Competências
❖ Foco no território	❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 10 - Gerência CSF ou para Território na visão dos Gerentes

GERENTES	
Práticas Gerenciais	Competências
❖ Participar do mutirão	❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

Percebemos nas falas a afirmação dos três grupos sobre a extensão do trabalho para além do CSF, ou seja, a atuação do gerente está relacionada ao território e não somente ao CSF, trazendo mais uma vez a competência em reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe. Esse fato pode ser visto nas falas abaixo:

Ela se estende a cada segundo na nossa vida, pra você ter uma idéia sexta-feira, uma pessoa que já morou nos Terrenos Novos aí foi embora, para o Jaibaras, e agora tá sofrendo maus-tratos do marido, e tá retornando, então ela chegou pra mim, e pediu que eu conseguisse para ela um carro para fazer a sua mudança... gente foi a primeira vez, primeira coisa eu liguei para a Rosilene, da defesa civil.. (Gerente Violeta).

A gente ultrapassa sim os muros da unidade, e eu me deparo muito com problemas sociais, hoje mesmo a gente tá vivendo um problema seriíssimo, com um paciente psiquiátrico que ele tá simplesmente preso pela família, dentro de um quatinho escuro, sem iluminação, entregando comida assim como um cachorro, e assim, nós ficamos sem saber o que fazer! De mãos atadas por que é um problema social gravíssimo, muito grave, e a família tá lá perto da gente, a gente faz a visita, a gente leva o que a gente tem, que são as nossas redes, que já foi o CAPS, que já foi o CRAS, o serviço social para tentar resolver.... (Gerente Flor do Campo).

Eu vejo assim, uma reunião de Conselho Local, ela vai e participa de reunião de bairro, de associações, a presença dela é importante...de associações né.... até visitas ela faz que a enfermeira não pode resolver ela vai na casa da pessoa conhece o problema, conversa. Tem as escolas, os CRAS, tem contato com eles para melhorar os serviços... a minha gerente mudou... quando a enfermeira não podia ir ela sempre tava ali, puxava o conselho né, e tinha esses contatos com as escolas, CRAS, para o serviço melhorar dentro da unidade.... (ACS).

De fato, a atuação do gerente estende-se aos vários campos que existem nos territórios de saúde pelo grau de articulação com os demais setores que a promoção da saúde exige, bem como pelo fato simples e inequívoco de estabelecer vínculo com os parceiros,

aludindo o especificado acima, como os Centros de Referência da Assistência Social, para citar um dos diversos exemplos.

As diversas problemáticas sociais existentes e, muitas vezes, que encontram como primeira escuta a equipe de saúde, geralmente na pessoa do ACS, são fatos que ocorrem em todos os momentos dos CSF e, como o gerente é essa pessoa que faz, na maioria das vezes, a articulação com os demais pontos da rede, acaba sendo ele quem protagoniza o enfrentamento das diversas situações. Também foi bastante percebido nas falas dos gerentes principalmente, que eles têm que estar prontos para resolver tudo que aparece nos mais diversos contextos.

Os mesmos chegam a demonstrar angústia, uma vez que mesmo que a rede e/ou parceiros sejam articulados para o enfrentamento de determinadas situações, nem sempre os problemas se resolvem e parece que o profissional acaba se sentindo corresponsável, evidenciando um sentimento de empatia pela condição do outro.

Eles procuram a gente para um tudo, ... para dizer: meu marido tá me batendo, você tem que conversar com ele. Meu filho chega bebo em casa, chame ele para conversar... para eles é isso, é a resolução. (Gerente Hortência).

Como vemos, os grupos demonstraram de forma categórica que a atuação da gerência estende-se ao território, pois as práticas acontecem neste espaço onde as pessoas vivem e convivem, mediadas pelas relações que se fortalecem à medida que a equipe cria vínculo com a comunidade, fortalecendo a presença e a confiança que se estabelecem, provocam cada vez mais demandas, exigindo do profissional a competência de saber como agir ao se defrontar com este território sempre vivo.

Adiante, Nepomuceno, Queiroz e Paiva (2010) mostram a forma particular de relação que se cria entre equipe, gerente e comunidade no contexto da ESF, reafirmando a posição relatada pelos sujeitos pesquisados:

[...] na perspectiva da inserção comunitária, o eixo central do processo de territorialização é a formação de laços de compromisso e solidariedade capazes de construir “alicerces” para um trabalho pautado na cooperação e corresponsabilização entre agentes externo (técnico) e agente interno (morador da comunidade). (NEPOMUCENO; QUEIROZ; PAIVA, 2010, p. 99).

É interessante observarmos que as demandas sociais surgem nas equipes todos os dias porque exatamente no setor saúde, especificamente na ESF, os fatores proximidade, cuidado e vínculo constituem-se elementos fortes senão particularidades, principalmente

porque na concepção ampliada de saúde, a realidade social também é parte, somada à cultural, ambiental e epidemiológica.

Reforçamos essa compreensão a partir das considerações de Ponte *et al.* (2010), ao referir que o processo de trabalho da equipe de saúde da família deve utilizar o território como cenário de práticas que favoreçam a articulação entre ações preventivas e de promoção da saúde, reconhecendo o valor da intersetorialidade como um dos pressupostos de trabalho, principalmente para responder às demandas de trabalhar considerando a concepção ampliada de saúde.

5.3.4 Do ponto de vista atribuição institucional

Atribuições do gerente no território da Estratégia Saúde da Família

Quadro 11 – Atribuições na Visão dos Tutores de Território

TUTORES DE TERRITÓRIO	
Atribuições	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuidar para que a unidade funcione ❖ Monitorar os indicadores ❖ Resolver a atenção da saúde dos usuários em situações complexas: marcação de consultas. ❖ Garantir o acesso com qualidade ❖ Fazer a gestão de pessoal ❖ Desencadear o processo de educação permanente ❖ Fortalecer a co-gestão da unidade. ❖ Organizar o processo de trabalho ❖ Coordenar o planejamento da unidade ❖ Mediar conflitos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manter a unidade em pleno funcionamento ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos ❖ Articular os demais pontos de atenção para o seguimento dos cidadãos ❖ Coordenar o processo de educação permanente da equipe ❖ Coordenar o processo de desenvolvimento da co-gestão através das rodas ❖ Coordenar o processo de planejamento da unidade ❖ Mediar os conflitos na equipe e com os usuários

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 12 – Atribuições na Visão dos Profissionais da Equipe

PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE	
Atribuições	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fazer o BPA ❖ Gestão de pessoal ❖ Substituir enfermeiro assistente ❖ Orientar a organização do serviço ❖ Ser mediador para todos os profissionais ❖ Cuidar da estrutura física ❖ Roda ❖ Monitorar indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coordenar o processo de construção dos mapas mensais ❖ Substituir o enfermeiro assistente na sua ausência ❖ Coordenar o processo de organização do serviço ❖ Supervisionar a estrutura física da unidade ❖ Coordenar o processo de desenvolvimento da co-gestão através das rodas ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 13 – Atribuições na Visão dos Gerentes

GERENTES	
Atribuições	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Territorialização ❖ Conhecer bem o território, as redes, os problemas, os indicadores, os agravos ❖ Fazer a vigilância epidemiológica ❖ Saber a localização das áreas de risco ❖ Coordenar o trabalho da equipe ❖ Organizar o processo de trabalho da equipe ❖ Organizar o serviço ❖ Elaborar as rotinas dos serviços ❖ Coordenar o processo de planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coordenar o processo de territorialização para o planejamento das ações de atenção à saúde ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos ❖ Gerenciar o território com foco na vigilância em saúde ❖ Supervisionar a atuação da equipe em todo o território ❖ Coordenar o processo de organização do serviço ❖ Coordenar o processo de planejamento da unidade ❖ Elaborar os protocolos de serviço

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise das questões colocadas no quadro acima, parte do questionamento acerca das atribuições dos gerentes do ponto de vista institucional, ou seja, as atribuições colocadas pela secretaria da saúde. Este questionamento proposto à reflexão dos mesmos, no contexto da pesquisa, é provocado com o intuito de investigar suas percepções acerca do que é atribuído, para que possamos extrair daí, as competências vistas, pensadas pela gestão da secretaria da saúde.

Pelos relatos, percebemos que a grande atribuição colocada aos mesmos está na responsabilidade de conhecer o território como um todo para organizar o serviço. O conhecer o território é apontado tanto do ponto de vista epidemiológico quanto do ponto de vista social, dado que tanto nessa pergunta como em outras, vimos relatos que incorporam uma atuação que vai para além do aspecto assistencial e administrativo.

[...] Quinta feira eu me deparei com uma situação que a mãe de uma gestante minha me ligou pedindo que eu fosse conversar com a patroa dela que ela tinha que liberar a moça que ela tinha que passar 1 hora em casa, por que tá amamentando,... eu digo assim, minha filha como é que eu vou me envolver, e ligar olha eu sou gerente do posto e aí eu tou dizendo pra você que é obrigado você dá 1 hora para a moça ir amamentar, é um direito, é um direito dela ela tem que procurar os direitos dela mais não na unidade, eu sei que você tem um direito disso e eu tou lhe orientando que você tenha, agora eu pegar o telefone e ligar para sua patroa e dizer que você tem que ser liberada, isso aí não compete a mim, infelizmente eu sei que deve ser feita assim, mais eu não posso me colocar nessa situação, então assim eu acho que para a comunidade eles veem gerente como apoio, como tudo né,... (Gerente Rosa).

Percebemos certa congruência das respostas em relação ao que é colocado pelos grupos como práticas. Entretanto, é colocado que o fato de não haver uma sistematização efetiva por parte da secretaria da saúde acerca do papel e das atribuições dos gerentes, os mesmos acabaram assumindo muitos papéis sem muita discussão.

O gerente trabalha 24 horas, a gente não tem o direito de desligar nem o celular. Se uma ambulância que quebrou às 10:00 horas da noite, eu que tenho que resolver...se bloqueou o cartão no final de semana e não abasteceu, eu tenho que resolver o abastecimento daquela ambulância. Na cabeça do gestor é inadmissível o gerente não resolver o problema daquela ambulância, uma coisa que você trabalha 24 horas e é uma responsabilidade para pouco reconhecimento. Disseram para nós que era nossa responsabilidade... (Gerente Orquídea).

Podemos inferir a partir dessa fala que as práticas foram sendo desenvolvidas e, à medida disso, absorvidas pelos gerentes, mesmo percebendo que para muitas situações colocadas pelos sujeitos, as condições para a resolução não estejam ao alcance dos gerentes.

O gerente deve cuidar daquela estrutura né... se tem algum problema, problema físico de estrutura né,...aí ele vai e procura né, resolver. que tá precisando ser ajeitado uma mesa, uma luz, coisa assim... assim as entregas de mapas geralmente em dia, né...tem que dar conta no dia certo, tem que entregar né... BPA, escala, tudo tem que ser naquelas datas certas...enviar as frequência que são colocadas pela secretaria... vigia faltou, chegou embriagado tudo é responsabilidade do gerente para repassar para a secretaria... (ACS).

No grupo dos profissionais da equipe, percebemos que ao gerente é atribuído tudo, todas as questões das mais diversas formas, o que foi reafirmado também pelos gerentes e pelos tutores.

Vou resumir com pouquíssimas palavras minha resposta, não existe um *check list* de atribuições, não existe *check list* eu não posso cobrar ele por determinada competência, então a gestão cobra tudo o que diz à respeito àquele centro de saúde da estratégia da saúde da família, por território, por comunidade, tudo, de um contexto completamente amplo até educacional que a gente acha que não é saúde, mas a gente tem aí os programas de SPE, PSE agora já mudou de nome, enfim, tudo o que disse à respeito de determinado território acaba sendo uma atribuição do gerente até a questão da criminalidade que a gente acha difícil, como é que pode combater a criminalidade? mas ela acaba tendo uma responsabilidade, aí a gente volta para aquela lógica da responsabilização sanitária, a lógica da estratégia da saúde da família e combater até a criminalidade, até o gerente passa a ter que está na responsabilidade de trabalhar aqueles adolescentes que estão em situações vulneráveis que acabam no centro de saúde, então se eu tenho uma população mais vulnerável que eu posso considerar como população mais sujeita a determinada fatalidade, tenho que trabalhar uma forma de como prevenir, punir, tirar, não sei, mas tudo é atribuição do gerente. (Tutor Vermelho).

Mais uma vez, como referido por um gerente, reafirmamos a amplitude da atuação gerencial, considerando, por exemplo, o fato de aspectos sociais como a criminalidade consequência da violência, ser mencionada como uma preocupação que deve fazer parte do trabalho do gerente, pelo menos no âmbito de articulação da rede para que estas demandas tenham uma resposta que a nosso ver, parece ter que sair do setor saúde.

A territorialização, processo de relevante importância para viabilizar o planejamento das ações da equipe, foi bastante referenciada, implicando o comprometimento de todas as demais atribuições, conforme pudera ser sentido nas falas dos gerentes que colocam para si, inclusive até mais do que para a equipe, alavancar esse processo, como se fosse dele e somente dele essa responsabilidade.

Conforme apontado por Nepomuceno, Queiroz e Paiva (2010, p. 96), “[...] a territorialização compreende um processo de conhecimento do território, gerando mapas que contém perfis geográficos, populacionais, sanitário e das redes sociais” e que chama a atenção para a importância de conhecer os espaços e os tempos em que o processo saúde-doença se efetiva, de forma a possibilitar a estruturação das práticas de cuidado que estejam apropriadas à realidade local, colocando como relevante nesse processo, a relação que se estabelece entre a comunidade e os serviços de saúde.

Em alguns momentos tivemos a impressão de que compete ao gerente dar as respostas acerca do que existe no território aos demais componentes da equipe, não sendo, portanto, uma atribuição somente dele, mas de toda a equipe. Apontaram, ainda, no âmbito da

organização do serviço, como atribuição, organizar a agenda dos médicos, as escalas, as rotinas e o planejamento, inclusive com a observação de que se esse processo não é puxado pelo gerente, não acontece.

Organizar a agenda dos médicos dentro da unidade, o processo de organização do serviço como um todo né, a organização do serviço ela é muito ampla, entra a escala, entra as agendas, entra as ações, entra as promoções, as rotinas dentro do serviço, o planejamento, o que puxa é o planejamento. O planejamento, eu não sei se vocês estão percebendo, mas antigamente a gente tinha maior autonomia no nosso planejamento, dentro da nossa realidade, hoje não tá mais sendo, desde o ano passado, trasado, aliás, que tá mudando, esse planejamento tá ficando mais de cima pra baixo, por causa dos pactos, a gente tem que atingir as metas, mas é a gente que faz ainda, mas tem uma direção. A atribuição assim, o fazer, o acontecer, o resultado é nosso, a gente que tem que puxar da equipe. Se a gente não puxar, não acontece. (Gerente Acácia).

No que diz respeito ao planejamento, este mesmo reconhecido como prática, na visão dos grupos, é colocado como atribuição reconhecida pela secretaria da saúde. De fato, o planejamento é função diretamente associada à gestão, à administração, inclusive por esta última, considerada uma das suas principais funções.

Conforme Oliveira (2008), o planejamento:

É a metodologia administrativa que permite diagnosticar e analisar situações atuais, de estabelecer resultados – objetivos e metas – a serem alcançados pelas organizações e de delinear ações – estratégias – para alcançar estes resultados, bem como estabelecer leis e normas – políticas – que servem de sustentação a esse procedimento administrativo. (OLIVEIRA, 2008, p. 41).

Portanto, na visão do autor, o planejamento é função inicial do processo administrativo dado o fato do mesmo orientar todas as ações da realidade das organizações. Entretanto, essa não deve ser considerada a mais importante dentre as demais funções, ou seja, de organização, direção e controle, mas reconhecer que é essa função que indica a direção a ser seguida, norteando o caminho para o alcance dos objetivos.

Para Chiavenato (2006), o planejamento melhora a administração do tempo, do foco, do controle, materializa-se através de planos de todos os níveis da organização. Impõe uma racionalidade e rumo às ações, estabelecendo coordenação e integração de suas unidades, de forma a proporcionar harmonia e sinergia para o alcance dos objetivos estabelecidos.

Na gerência da ESF, o planejamento deve ser iniciado com o processo de territorialização, considerando ser esse passo essencial para os objetivos a serem alcançados pela equipe na perspectiva da promoção da saúde. No caso específico do gerente, faz-se importante relatar que os mesmos reclamam por mais autonomia diante do ato de planejar,

considerando seu contexto do território. Portanto, nos quadros acima, tentamos extrair todas as atribuições e, a partir disso, identificar potenciais competências que dessem conta do compor todas as falas.

5.3.5 Do ponto de vista da Gestão

Fatores importantes para escolha de quem vai gerenciar uma equipe da Estratégia Saúde da Família

Quadro 14 – Fatores na Visão da Secretaria da Saúde

SECRETÁRIA DE SAÚDE	
Fatores Importantes	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Afinidade com a ESF ❖ Identificação com a ESF ❖ Conhecimento de gestão 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atuar com base nos princípios do SUS e da ESF

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 15 – Fatores na Visão da Coordenação

Ex- COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Fatores Importantes	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Responsabilidade com as metas e indicadores ❖ Liderança ❖ Boa relação com os ACS 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos ❖ Liderar a equipe de trabalho

Fonte: Elaborado pela autora.

A intenção das entrevistas com profissionais que estão na gestão da secretaria da saúde foi extrair quais aspectos são relevantes para a escolha de seus líderes locais, uma vez que é do ponto de vista da gestão que as pessoas são escolhidas, demonstrando que esse coletivo de gerentes possa representar o perfil esperado pela secretaria da saúde. Tencionamos também investigar as práticas em busca de pistas para as competências, a partir das diversas visões (gerentes, profissionais da equipe, tutores) propositadamente de forma a aproximarmos do que propõe a abordagem construtivista da competência, envolvendo os sujeitos do entorno do objeto.

Mesmo com perguntas norteadoras nos grupos focais diferentes das perguntas da entrevista, as respostas apontaram congruência dos sujeitos, conforme podemos ver na sistematização contida nos quadros de análise temática.

No questionamento acerca dos fatores importantes para a escolha do gerente, nossa intenção foi investigar o que, em âmbito geral, os gestores identificam como relevante para quem assumirá essa função.

A primeira coisa que a gente tem que olhar e se a pessoa tem alguma afinidade com o programa, com a estratégia de saúde da família, conhecimento sobre as portarias, ter algum conhecimento por que a maioria dos gerentes do município de Sobral são enfermeiras apesar de algum tempo atrás nos termos tido gerente com outra profissão, que foi dentistas, mais foi somente um, foi por muito pouco tempo. (Secretário da Saúde).

Não se fazia uma seleção. Cargo conquistado a partir da experiência que o enfermeiro tinha como enfermeiro na ESF. Responsabilidade que a pessoa detinha com as metas, indicadores, uma certa liderança na equipe, uma boa relação com os ACS. Boa proximidade da equipe com os usuários, indicadores favoráveis. Pessoa responsável, cumpridora de seus... Então a gente fazia essa avaliação, e isso é fácil, porque geralmente são essas pessoas que já substituem os gerentes quando eles se ausentam para férias, atestados, então a gente tinha a oportunidade de ver o perfil desse profissional na gerência nesses momentos pontuais. Era como se fosse um laboratório. (ex-Coordenador da APS).

Pudemos perceber pelas respostas, que de um lado é colocada a afinidade com a ESF, no sentido do profissional identificar-se com a estratégia, gostar da atuação com todas as suas especificidades, como também o conhecimento sobre gestão. De outro lado, temos a coordenação, função estratégica para acompanhamento do trabalho da gerência, além do fato de estar mais próxima dos gerentes, portanto esse convívio e proximidade o colocam numa interação viva de como é o cotidiano de trabalho. Portanto, o ex-coordenador aponta como fatores importantes, a responsabilidade com as metas e os indicadores, a liderança e o bom relacionamento com os ACS.

O gestor do sistema propõe fatores abrangentes, macroestruturais, e a ex-coordenação propõe aspectos mais particulares que estão no fazer local da equipe e do gerente, o que nos leva a apontar uma complementação em suas propostas. De um lado, alguém que vê o resultado do trabalho dos gerentes em aspecto mais geral, no caso o gestor. De outro, alguém que participa do processo de construção desse resultado, no caso a ex-coordenação, apontando dessa forma as particularidades do processo. Sugerimos, portanto, três competências que já se revelaram nos grupos focais.

Atividade do cotidiano de quem está na gerência

Quadro 16 – Atividades na Visão da Secretária da Saúde

SECRETÁRIA DE SAÚDE	
Atividades	Competências
❖ Manter a unidade funcionando da maneira mais eficaz possível	❖ Manter a unidade em pleno funcionamento

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 17 – Atividades na Visão da Coordenação da APS

Ex-COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Atividades	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Responsabilidade sanitária sobre o território ❖ Monitoramento dos indicadores ❖ Acompanhar o desempenho profissional ❖ Acompanhar o desenvolvimento do controle social ❖ Acompanhar o processo de trabalho do NASF e da Residência ❖ Cuidar da manutenção predial ❖ Gestão de pessoas e gerência de pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe ❖ Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal ❖ Colaborar para o envolvimento da equipe e comunidade no fortalecimento do controle social ❖ Acompanhar o processo de trabalho dos residentes e dos profissionais do NASF de forma a contribuir para sua formação e desenvolvimento profissional ❖ Supervisionar a estrutura física da unidade

Fonte: Elaborado pela autora.

No quesito atividades, conforme pudemos observar, mais uma vez a visão do secretário da saúde é colocada de forma simples e objetiva, afirmando como grande atividade manter o pleno funcionamento da unidade. Já nas colocações do ex-coordenador, observamos que ele é mais específico colocando sete grandes atividades da gerência, numa escala que vai desde a responsabilidade sanitária do território, à supervisão da estrutura física da unidade.

O papel do gerente é manter a unidade funcionando com a maior qualidade possível e a maior eficiência e eficácia possível, se preocupar com todos os problemas da unidade, desde o problema de estrutura física e equipamentos. (Secretário da Saúde). [...] então esse monitoramento das ações da equipe, vem o NASF, vem o acompanhamento dos indicadores, vem a residência, tem que ta vendo inclusive o controle social, o gerente não tem como deixar de fazer isso. E no âmbito da

unidade, ele precisa cuidar desde a manutenção predial, inclusive a manutenção preventiva porque aí é a história, entra equipamento, com relação ao prédio também, a funcionalidade, porque tem algumas obrigações que o serviço de saúde precisa cumprir para poder funcionar com qualidade, então, frequência cabe ao gerente ta levando, eu tenho aqui uma avaliação sei lá dos extintores que estão ok, em termos de auditoria que eu acompanhei algumas, isso é lembrado, mas não é sistematizado como prática... (Ex-Coordenador da APS).

Aspecto inovador colocado pela coordenação está relacionado ao desenvolvimento do controle social no território, considerado muito importante e não evidenciado nas demais falas. Sem dúvida, o controle social, como princípio organizativo do SUS poderia ter sido lembrado e colocado pelos demais sujeitos, mesmo considerando que não só a ele deve caber essa responsabilidade, mas a toda a equipe, entretanto o gerente quando assume esse papel de liderança no território, deve estar sempre estimulando, disparando esse processo com a equipe e a comunidade, provocando a equipe para que o faça em suas respectivas áreas adscritas, de forma que seja parte do processo de autonomia e participação da comunidade na produção da saúde e, sobretudo, com vistas à promoção da saúde. Mais uma vez, competências sugeridas se repetem com os demais grupos, sendo a competência relacionada ao controle social, identificada como nova em relação às demais, portanto a reconhecemos como parte da carteira de competências para a gerência.

Conhecimentos importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família

Quadro 18 – Conhecimentos na Visão da Secretária da Saúde

SECRETÁRIA DE SAÚDE	
Conhecimentos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conhecimento da política nacional da atenção básica ❖ Gerenciamento de recursos humanos ❖ Gerenciamento de conflitos ❖ Conhecimento de gestão de equipamentos ❖ Princípios básicos de administração e de administração pública 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atuar com base nos princípios do SUS e da ESF ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 19 – Conhecimentos na Visão da Coordenação da APS

Ex- COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Conhecimentos	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ SUS e seus princípios ❖ Atenção Primária e seus atributos ❖ Estratégia Saúde da Família ❖ Pactos ❖ Liderança e mediação de conflitos ❖ Promoção da Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Atuar com base nos princípios do SUS e da ESF ❖ Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal ❖ Liderar a equipe de trabalho ❖ Mediar os conflitos na equipe e com os usuários

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação aos conhecimentos apontados como necessários à atuação, o gestor da secretaria da saúde e o coordenador coadunam do mesmo pensamento e apontam praticamente as mesmas coisas, sobressaindo-se somente a promoção da saúde, apontada pela coordenação. O conhecimento, o estudo, a apropriação do arcabouço da política de saúde é fator essencial para que a atuação da equipe acompanhe o que fora idealizado e juridicamente colocado como grande diretriz que orienta as práticas de saúde nos sistemas e serviços de saúde. Como podemos imaginar, por exemplo, que uma equipe possa discutir o controle social sem saber o porquê isso é importante, qual o impacto, o que está por traz disso? O “fazer” porque a experiência histórica diz que é assim que precisa ser feito tem um preço e o fazer subsidiado, bem argumentado nas propostas da política de saúde pode trazer outro resultado, tanto do ponto de vista operacional como do ponto de vista social.

Eu sentia muitas vezes que faltava mais estudo, você é bom gerente porque você cobra, você é bom gerente porque seus indicadores estão bons, sua unidade é limpa, você consegue ter uma equipe de enfermagem boa, resolutiva, mesmo sem médico, aí a unidade ta andando, mas você às vezes não sente o conteúdo, na hora de discutir algo com mais profundidade, aí, eu to fazendo porque pela experiência eu vejo que é assim, mas o porquê, o que que aquilo vai gerar, muitas vezes se eu não to indo bem eu não consigo refletir porque eu não to indo bem, então eu acho que esse conhecimento é que ele é importante e que precisa, ele precisa ser melhorado. (Coordenador APS).

A fala da coordenação aponta a constatação de que para os gerentes se faz necessária a apropriação da literatura, do arcabouço jurídico e institucional da política de saúde, como elementos de base para a atuação, mas avalio também como trabalhadora do sistema que, sobretudo, a equipe da ESF precisa dessa apropriação uma vez que cabe a ela o cuidado de sua área adscrita sendo inclusive atribuição do gerente incentivá-la a esse estudo

para que tenha condições mais concretas e efetivas de reflexão das práticas à luz desse arcabouço.

De acordo com Ramos (2003, p. 106), a reflexão seria responsável por relacionar a experiência primariamente prática com a experiência secundária da “investigação reflexiva contínua e regulada”. Para a autora, o processo de reflexão no contexto das competências, relaciona o pensamento teórico e prático, correlacionando-o ao conhecimento formal e cotidiano, portanto, toma a experiência para examiná-la criticamente, conectando as experiências de uns com os outros “construindo uma rede de experiências em que o passado, o presente e o futuro estão inter-relacionados. É esse exercício que se faz importante e exige de seu protagonista, seja o gerente, seja o profissional da equipe, apropriação e estudo para que a prática esteja aliada ao aporte teórico que embasa e respalda as diretrizes tomadas no processo de trabalho.

Habilidades importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família

Quadro 20- Habilidades na Visão da Secretária da Saúde

SECRETÁRIA DE SAÚDE	
Habilidades	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tem que ser líder ❖ Transmitir segurança ❖ Saber ouvir ❖ Mantenha as reuniões de roda ❖ Saber escutar críticas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Liderar a equipe de trabalho ❖ Desenvolver uma escuta qualificada com os profissionais e com a comunidade ❖ Coordenar o processo de desenvolvimento da co-gestão através das rodas ❖ Utilizar a comunicação como ferramenta de integração com os diversos públicos

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 21 – Habilidades na Visão da Coordenação da APS

Ex-COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Habilidades	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Boa comunicação ❖ Liderança ❖ Criatividade 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Liderar a equipe de trabalho ❖ Utilizar a comunicação como ferramenta de integração com os diversos públicos ❖ Desenvolver uma escuta qualificada com os profissionais e com a comunidade

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisarmos a pergunta referente às habilidades, relacionada àquilo que o sujeito deve saber fazer e fazer bem, percebemos que ambas colocam a questão da comunicação como habilidade central, no que diz respeito ao saber ouvir e ouvir inclusive críticas, ter segurança e aí, entendemos essa questão da segurança como firmeza e credibilidade ao se comunicar com os diversos públicos seja interno quanto externo e conforme fora colocado pela visão do gestor, a importância de saber ouvir de forma a ter uma escuta apurada, qualificada tanto com a equipe quanto com a comunidade, neste caso, vista como uma das contribuições importantes para a construção de vínculo.

Flores (*apud* FRACOLLI; MAEDA, 2000) afirma que a comunicação como um fenômeno administrativo, essencial no processo de trabalho e soma a isso o fato de que o modo como uma ideia é transferida de uma determinada fonte a um receptor, pode interferir no comportamento do mesmo.

Importando tais reflexões ao contexto de trabalho do gerente na ESF, podemos pensar que um processo de comunicação que não seja habilidosamente bem cuidado, pode correr o risco de desqualificar as informações, que leva a um comprometimento da construção de vínculo com os sujeitos de forma a interferir inclusive nos resultados pensados e esperados pela equipe.

Atitudes importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família

Quadro 22 – Atitudes na Visão da Secretária de Saúde

SECRETÁRIA DE SAÚDE	
Atitudes	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tem que ser firme ❖ As pessoas têm que confiar no que ela diz ❖ Segurança nos atos ❖ Tem que ser ágil ❖ Tem que ser resolutiva ❖ Tem que ter sensibilidade para priorizar os problemas emergentes ❖ Saber quem procurar para pedir ajuda 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Articular os parceiros e/ou a Rede de Atenção para o enfrentamento ou resolução de problemas da comunidade relacionados à saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 23 – Atitudes na Visão da Ex-Coordenação da APS

Ex-COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Atitudes	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proatividade ❖ Mobilização dos diversos setores para promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Articular os parceiros e/ou a Rede de Atenção para o enfrentamento ou resolução de problemas da comunidade relacionados à saúde

Fonte: Elaborado pela autora.

Conformando o tripé da visão hegemônica da competência, nos seus atributos habilidades, conhecimentos e atitudes, ao discutirmos com os representantes da gestão este último, percebemos que os sujeitos entrevistados têm visões bem parecidas.

De acordo com Chiavenato (2008), o gerente da atualidade, para responder às demandas de seu espaço de atuação cada dia mais dinâmico e passível de mudanças permanentes e transitórias, é preciso o desenvolvimento de competências técnicas e competências comportamentais, no sentido de aprender a lidar com as pessoas de forma que as transforme em equipes de alto desempenho.

Os sujeitos revelaram ser a resolutividade e a mobilização, as atitudes mais essenciais à função gerência, o que nos levou a demonstrar que a competência mais apropriada estaria na articulação dos parceiros e/ou da rede para a resolução de problemas,

competência esta mostrada nos demais sujeitos da pesquisa, em outros contextos de perguntas.

Ter iniciativa...essa articulação com os diversos setores mesmo, proatividade talvez, com a educação por exemplo, a escola nunca abre as portas, aí por isso eu não vou tentar, é nesse sentido quando eu falo da mobilização, é nesse sentido de eu tentar pela amplitude que é a ESF, pelo que ela se propõe, eu não posso é, ficar limitado a um consultório, a cumprir metas e estatísticas de alguns indicadores, a gente tem que ultrapassar essa concepção, a gente tem que trabalhar no foco da promoção da saúde e isso tá muito incipiente, não consegue, então... (Coordenador APS).

Essa atitude de iniciativa, mobilização e resolutividade são fortemente procuradas nos gerentes uma vez que ao nos reportarmos a falas anteriores de outros sujeitos, estes afirmam o quanto quase tudo é colocado para que o gerente resolva, ou seja, se ele não tiver essa capacidade de se mover para demover situações conflitantes e problemáticas, não haverá outra pessoa na equipe com essa capacidade.

De fato, a visão conjuntural, estrutural e sistêmica do contexto do sistema local de saúde deve ser uma atribuição senão mais forte nele, ser forte o suficiente em relação aos demais componentes da equipe, pois é a ele cobrada a maior responsabilidade de responder a todas as demandas.

Não queremos com isso destituir o poder de resolução das demandas das equipes básicas, somente mostrar que do ponto de vista macroestrutural, o gerente deve, por sua atuação ampliada na equipe, conhecer toda a rede e o que ela é capaz e como é capaz de dar as respostas aos diversos problemas.

**Principal(ais) característica(s) que torna (m) alguém apto a estar gerente da
Estratégia Saúde da Família**

Quadro 24 – Características na Visão da Secretaria da Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE	
Características	Competências
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tem que ser Comunicativa ❖ Tem que ser convincente ❖ Tem que ter poder de persuasão ❖ Tem que saber ouvir ❖ Tem que ser uma pessoa fácil de fazer parcerias ❖ Falar bem ❖ Saber escutar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estabelecer parcerias com os diversos segmentos para o alcance dos objetivos planejados ❖ Utilizar a comunicação como ferramenta de integração com os diversos públicos

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 25 – Características na Visão da Ex-Coordenação da Atenção Primária

Ex-COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Características	Competências
❖ Responsabilidade	❖ Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe

Fonte: Elaborado pela autora.

No intuito pensado propositadamente em ir mais fundo e extrair da visão dos gestores qual característica eles consideravam mais importante para tornar alguém apto à gerência, propomos esse questionamento.

Na visão do gestor, este foi mais específico, reafirmando algumas das habilidades e atitudes anteriormente colocadas, destacando a comunicação, a segurança e a capacidade de estabelecer parcerias como mais relevantes.

Na visão da coordenação, esta colocou a responsabilidade como a principal característica. Percebemos que ambos os sujeitos atribuem ao quesito “atitude”, as principais características. O “felizmente” colocado aqui pela pesquisadora reflete a satisfação da mesma em concordar com esse pensamento do que o importante é o que as pessoas trazem consigo, suas formas de se relacionar com os sujeitos e os processos faz dele alguém apto ou suficientemente preparado para liderar.

Percebemos que, na visão da gestão, as atitudes, produto da subjetividade, dos princípios éticos e morais são merecedoras de destaque e não apenas o conhecimento.

5.3.6 Os sonhos na trajetória dos desafios

Quadro 26 - Maiores Desafios apontados pelos Gerentes de Sobral

MAIORES DESAFIOS
1. Tempo para organizar o serviço
2. Autonomia
3. Manter a qualidade do serviço com atendimento digno e o acesso da comunidade
4. Continuar o que está fazendo
5. Recursos Humanos; transferência de responsabilidades de falta de medicamentos; pouca oferta de exames
6. Maior autonomia; Gerente sem ser assistente
7. Apoio logístico (setor de transporte)
8. Se manter na gerência (aprovação na seleção)
9. Gerenciar conflitos

10. Trabalhar o comportamento e funcionamento junto a equipe; Recursos humanos
11. Administrar equipe com grande número de funcionários; apoio logístico
12. Organização; planejamento; melhorar indicadores de saúde; qualidade da assistência; acesso dos usuários
13. Ter treinamento nesta área; reconhecimento; mais autonomia
14. Reconhecimento; autonomia
15. Área de atuação bastante diversificada; CSF sem estrutura para tamanho da equipe
16. Capacitação; Melhorar os Recursos Humanos; autonomia
17. Mais autonomia
18. Humanização dos funcionários
19. Gerência de Recursos Humanos
20. Lidar com funcionários não capacitados para função; organização do serviço; falta de insumos
21. Gerência de Recursos Humanos; falta de insumos; pouca oferta de exames
22. Gerência de Recursos Humanos; falta de insumos
23. Gerenciar pessoas; aprender coisas novas; falta de insumos
24. Gerência de Recursos Humanos; falta de apoio logístico
25. Mediar conflitos individuais e coletivos no CSF e no território; gerenciar demanda de transporte

Fonte: Elaborado pela autora.

Voltamos ao questionário aplicado com os gerentes para discutir acerca de seus maiores desafios na atuação. Fizemos a pergunta, primeiro para responder a um dos nossos objetivos específicos, segundo, tencionava perceber para além do pensado, o que tem sido vivido pelos mesmos na sua trajetória gerencial. Esse elemento, acreditamos ser útil para a gestão do sistema, uma vez que nesta análise temática, apontamos categorias advindas dos relatos dos gerentes, constituindo-se em potenciais indicadores para subsidiar um repensar da gestão em relação às condições de trabalho que são colocadas e pode ainda, se revelar um retrato contextual da busca dos gerentes, na perspectiva de atender aos anseios da ESF e conseqüentemente do que a secretaria da saúde espera dele.

Dessa forma, fizemos desta a última pergunta aberta no questionário propositadamente na tentativa de, ao chegar nela, os mesmos já tivessem feito uma releitura mental de suas práticas gerenciais.

Portanto, o produto que temos categorizado acima, revela-se um anseio, mediado por forças subjetivas de cada um deles e por forças objetivas, advindas de uma responsabilidade a eles atribuída como trabalhadores e trabalhadoras do SUS, à luz do contexto e da cultura organizacional da própria secretaria da saúde que tem sua cultura, valores e princípios organizativos próprios de sua realidade e ambiente.

Selecionamos as quatro categorias mais prevalentes apontadas pelos gerentes como maiores desafios, identificando dessa forma que 32%, 8 deles, referiram ser o maior

desafio a gerência de recursos humanos ou a gerência de pessoas, seguida do desejo de mais autonomia, com 24%, (06 gerentes); Após temos a falta de insumos com 16%, (04 gerentes) e 12%, 3 deles referem precisar de mais apoio logístico.

Pudemos observamos então, utilizando como característica de análise, identificar os desafios mais repetidos pelos gerentes, dessa forma identificando qual o desafio comum para a maioria deles. Das falas, pudemos revelar que a gestão de pessoas e/ou a gestão de recursos humanos é o desafio predominante para a maioria dos gerentes. De fato, para qualquer gerente que está à frente de uma equipe e, principalmente para um gerente de uma equipe multiprofissional, esse desafio, na maioria das organizações é lembrado, pois dentre as atividades de gerência, os processos são construídos pelas pessoas e são elas que o produzem de forma a atender aos objetivos propostos, portanto, mediar estas relações, estimular a equipe para que as pessoas se motivem a alcançar os objetivos, implica numa ação complexa e que exige realmente um líder que esteja atento às pessoas e aos produtos das mesmas.

Percebemos também que o desejo de mais autonomia é referido por muitos gerentes, implicando sugerir que os mesmos esperam uma atuação mais dinâmica no sentido de darem respostas aos diversos problemas que surgem no território e que necessitam da intervenção do gerente. Entretanto, faz-se importante lembrar que a autonomia para dar resposta a determinados problemas pode ser viabilizada pela capacidade de articulação que o mesmo tenha, de ele próprio, sem a intermediação da coordenação da APS, por exemplo, ser necessária.

Para Jubran (2012), desenvolver e aprimorar a autonomia dos sujeitos implica explorar novas oportunidades de interação e aprendizado uma vez que se trata de um processo gradativo e que exige que outros níveis de consciência sejam atingidos.

Para a autora, no campo moral, a autonomia revela-se quando ao sujeito é concedido o direito de questionar e avaliar a legitimidade das regras de condutas vigentes. Essa autonomia moral é solicitada pelo gerente no seu exercício, mas seu desejo é que esse movimento se manifeste em muitas frentes e não somente quando é necessário resolver um problema emergente, pontual e restrito, mas, sobretudo, para discutir o planejamento de seu território, por exemplo, considerando as especificidades culturais; discutir as normas impostas pela secretaria; discutir o processo de recrutamento e seleção de sua equipe, dentre outros pontos que merecem maior participação desse coletivo.

Dentre os demais, percebemos o desafio colocado com evidência pelos gerentes em administrar a falta de insumos, situação que embora seja colocada como desafio, pode não ter uma relação direta ao fazer do mesmo, uma vez que a provisão de insumos que envolvem

um processo complexo de aquisição, compra, armazenamento e distribuição não seja de sua responsabilidade. Entretanto, entendemos que esse desafio é colocado no âmbito de que o cumprimento de metas e indicadores é cobrado, mesmo que as condições para tal não sejam adequadas, precisando que o gerente, inclusive dispondo de sua competência de utilizar a comunicação como ferramenta de integração e interação com os diversos públicos, seja desenvolvida, de forma a responder à insuficiência de insumos.

5.4 De volta ao Território Saúde da Família: Encontrando pistas

Propomos uma reflexão partindo do primeiro passo que caminhamos na trilha da ESF que se apresenta organizada com base em um substrato territorial. As diretrizes organizativas do SUS apresentam íntima relação com a concepção de território, espaço vivo, compreendido no âmbito de uma área específica que se mostra cenário para o desenvolvimento das ações de saúde. Nos territórios, as práticas de saúde devem convergir para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas estejam diretamente relacionados às condições de vida da comunidade.

A compreensão de território que adotamos, por empatia epistemológica, é a de território como espaço com identidade, o lugar das trocas, do exercício da vida. (SANTOS, 2006). Importante se faz essa primeira compreensão para que possamos seguir em conformidade ao que acreditamos diante do trabalho da saúde, principalmente para discutir a Estratégia Saúde da Família. O território entendido como o espaço onde se materializam as mais diversas práticas e, no nosso caso, as práticas de saúde, a prática do gerente. Essa compreensão, na visão da pesquisadora, é o fundamento inicial para a compreensão do fazer desse ator. Espaço onde se constroem as competências dele e que de certa forma, as determina, uma vez que é nesse espaço que atua a equipe com o papel de trabalhar a promoção da saúde.

Voltando o olhar para o território, vemos a inserção de uma equipe de saúde, assumindo um compromisso ético e solidário de trabalhar na perspectiva de, considerando suas especificidades culturais, crenças, costumes, formas de vida e sobrevivência, conviver com a realidade social, epidemiológica, sanitária. Esse compromisso, quando assumido, vem carregado de diretrizes doutrinárias e organizativas, consubstanciadas pela lógica atribuída e assumida da política de saúde e especificamente pela ESF. Caminhos são propostos, atribuições foram colocadas, metas foram estabelecidas. Como começar a caminhar, senão pelo passo de conhecer seu objeto de atuação? Esse é um passo essencial. A equipe de saúde

precisa dessa certeza. O gerente precisa, além dessa certeza, discuti-la em profundidade com sua equipe. É um passo.

Então, em primeira instância, a apropriação do território é responsabilidade nata de quem se propõe a estar nele, na liderança de uma equipe de saúde, com todas as responsabilidades que esta assume, no âmbito da política de saúde. Acreditamos, portanto, que toda a prática está no território, então, a primeira inferência que podemos colocar é a de que a gerência na ESF está para o território. O CSF está no território, sua equipe atua nele para ações de atenção à saúde, mas, sobretudo, essa demanda é reflexo do que acontece fora dele, na família, nas ruas, nas residências, nas escolas, nos centros religiosos, enfim, nesse espaço onde as pessoas (con)vivem. O CSF abriga a equipe, realiza demandas assistenciais através da tecnologia, das pessoas, dos equipamentos e, sem dúvida, é um espaço de cuidados para produção de cuidados. Entretanto, ele faz parte do território e a equipe atua no território, portanto, a gerência atua também aonde a equipe atua, ou seja, no território.

Compreendendo essa indissociabilidade da atuação do gerente, que nasce da própria concepção da ESF, vimos propor, continuando nosso processo de análise temática, à luz da importância do território como espaço vivo das relações sociais, sugerir, a partir das falas dos sujeitos pesquisados, após cuidadosa análise que envolveu essa primeira compreensão, relacionar as competências para a gerência na ESF, como uma possibilidade de desenvolvimento de um produto a ser pensado, discutido, validado.

No movimento de releitura da produção dos sujeitos pesquisados, considerando o aporte da literatura sobre competência, vimos propor competências que dessem conta de revelar o que tinha por traz de suas práticas, vale lembrar, considerando mais uma vez a realidade (o território), portanto para somar-se às práticas, a compreensão da proposta contida na APS e na ESF.

Continuando a apuração do olhar sobre os achados acerca das competências identificadas na segunda fase da análise temática, neste momento da terceira fase, de forma mais dinâmica do ponto de vista investigatório, sugerimos ser mais didático integrar algumas competências antes concebidas isoladamente, por compreender que algumas delas encontravam-se em um mesmo contexto de prática, ou seja, complementando-se para uma única competência.

Consideramos também um olhar mais apurado e uma aproximação da concepção construtivista da competência, ao que tentamos agregar as ideias em quatro eixos norteadores e bastante discutidos do ponto de vista da formação para a saúde, uma vez que tentamos também numa discussão de competências, nos aproximarmos de uma contribuição pedagógica

que possa servir de caminho para pensar a formação para a gerência: Eixo Gestão, Eixo Atenção, Eixo Educação, Eixo Controle Social.

Quadro 27 – Sistematização das Competências para Gerência na ESF

EIXO 01 – GESTÃO
1. Realizar a gestão de pessoas e a gerência de pessoal
2. Supervisionar a estrutura física da unidade de modo a mantê-la em pleno funcionamento
3. Elaborar os protocolos de serviço para normalizar rotinas assistenciais e administrativas
4. Coordenar o processo de construção dos mapas mensais
5. Coordenar o processo de desenvolvimento da co-gestão através das rodas
6. Coordenar o processo de planejamento da unidade com vistas à organização do serviço, de acordo com as necessidades do território
7. Gerenciar os insumos e materiais de forma a atender a necessidade do serviço
8. Mediar os conflitos na equipe e com os usuários
9. Estabelecer parcerias com os diversos segmentos para o alcance dos objetivos planejados
10. Desenvolver uma escuta qualificada com os profissionais e com a comunidade
11. Utilizar a comunicação como ferramenta de integração com os diversos públicos
12. Supervisionar a atuação da equipe em todo o território
13. Exercer o papel de líder na equipe
EIXO 02 – ATENÇÃO
1. Atuar com base nos princípios do SUS e da ESF
2. Coordenar o processo de territorialização para o planejamento das ações de atenção e promoção da saúde
3. Gerenciar o território tendo como princípio a vigilância em saúde
4. Reconhecer o território como de responsabilidade sanitária de toda a equipe
5. Acolher os usuários na perspectiva da integralidade da atenção e do acesso aos serviços de saúde
6. Articular os parceiros e/ou a Rede de Atenção para o enfrentamento ou resolução de problemas da comunidade relacionados à saúde
7. Monitorar e avaliar mensalmente os indicadores epidemiológicos juntamente com a equipe
8. Articular os demais pontos de atenção para o seguimento dos cidadãos
EIXO 03 – EDUCAÇÃO
1. Acompanhar o processo de trabalho da equipe, dos residentes e dos profissionais do NASF de forma a contribuir para sua formação e desenvolvimento profissional
2. Coordenar o processo de educação permanente da equipe
3. Colaborar para o envolvimento da equipe em ações de educação em saúde com a comunidade
EIXO 04 – CONTROLE SOCIAL
1. Colaborar para o envolvimento da equipe e comunidade no fortalecimento do controle social

Fonte: Elaborado pela autora.

No exercício de sistematizar as competências à luz dos relatos, dos achados e considerando a produção anterior sobre competências, foi importante integrar tais ferramentas à experiência já vivenciada na ESF uma vez que esse fato permite constatações que porventura possam não ter se revelado nas falas ou que foram muito enfatizadas, sem que tenham a devida relevância.

Olhando para o Eixo Gestão, propomos colocar as competências que estivessem mais relacionadas ao processo administrativo em si, numa proposta que visa o olhar mais abrangente, uma prática que esteja alinhada a coordenação, articulação e supervisão tanto do ambiente externo quanto dos processos que acontecem no ambiente interno, ou seja, no CSF. Na análise documental, percebemos no documento estudado, pouca ênfase às competências que estejam direcionadas à gerência do CSF. Não considerando este âmbito como mais importante, mas reconhecendo sua importância e existência, acreditamos que competências que dêem conta do ambiente interno, envolvendo aí o espaço do CSF e a equipe, não podem ser desconsideradas, até porque o investimento em infraestrutura que o sistema faz na construção e ambiência de CSF precisa ser cuidado para que se torne um espaço sadio, acolhedor e promotor de saúde.

Ainda considerando o Eixo Gestão, propomos algumas competências relacionadas ao processo, como por exemplo, a responsabilidade de colaborar para a elaboração dos mapas mensais que precisam ser destinados aos setores de produção das informações epidemiológicas, administrativas, dentre outras, como também o gerenciamento dos insumos e dos materiais. Consideramos importante frisá-los como competência porque são processos que desencadeiam ações estratégicas importantes no contexto da gestão do sistema e da gerência do serviço e que se forem consideradas tarefas, talvez não despertem a atenção necessária ao valor que agregam à qualidade da oferta.

O Eixo Atenção traz uma proposta de competências que estejam alinhadas ao processo de atuação a partir dos princípios do SUS e da ESF, considerando o processo de territorialização como competência disparadora do planejamento das ações para o estudo sócio-epidemiológico da área. Esse eixo de competências tem uma aproximação teórico-prática com o campo de saber da enfermagem, observação colocada porque, atualmente em Sobral, os gerentes são enfermeiros. Entretanto, não impede que outras categorias profissionais atuando na gerência possam desenvolver tais competências, até porque acreditamos que as mesmas se definiram tanto pelas práticas, como pela especificidade da ESF, portanto necessárias no contexto aplicado.

No Eixo Educação, propomos duas competências à luz dos achados da pesquisa, que estão diretamente relacionadas ao desenvolvimento da equipe multiprofissional, através da educação permanente. Entretanto, como contribuição, propomos mais uma competência voltada ao ato do gerente colaborar para o desenvolvimento de ações de educação em saúde com a comunidade. Entendemos que é no nível da colaboração junto à equipe que o gerente possa atuar.

Para o Eixo Controle Social, propomos a competência da participação do gerente no sentido de colaborar para o envolvimento da equipe no fortalecimento do controle social, compreendendo que seu papel está para o fortalecimento neste sentido, mesmo que tenhamos percebido através de relatos que o esperado dele é uma responsabilidade por vezes muito maior, entretanto o envolvimento de todos da equipe é fundamental, portanto entendemos que ele pode ser o animador desse processo, por sua posição de liderança, e não o único responsável direto para dar resposta ao controle social.

Portanto, à luz do documento sistematizado pela EFSFVS, pudemos observar que as competências identificadas nesta pesquisa aproximam-se da produção dos gerentes, conforme o documento. Entretanto, percebemos que algumas competências, da forma como estão escritas, não se apresentaram, porém precisamos considerar o contexto metodológico em que as mesmas foram produzidas, ou seja, como foram elaboradas a partir de oficinas, este método proporciona maiores direcionamentos. Mesmo assim, as duas propostas parecem se complementar no que seja o verdadeiro e possível papel dos gerentes na ESF.

Não conseguimos identificar no documento da EFSFVS competências relacionadas ao controle social, bem como que proponha o desenvolvimento de ações de educação em saúde com a comunidade. Mesmo considerando que o controle social possa estar diretamente envolvido na proposta de competência que induza a uma atuação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, acreditamos que como uma das diretrizes mais estratégicas para a efetivação da ESF, esta deveria estar enfatizada numa competência específica, até porque se formos para o campo da generalização, consideraríamos que muitas das competências poderiam caber nessa única, e essa não é a proposta.

Outra competência que também não percebemos no documento da EFSFVS está relacionada à articulação da RAS e ou os diversos parceiros para o enfrentamento dos problemas relacionados à saúde. Acreditamos que essa competência se faz importante ao gerente principalmente pelo caráter que a APS assume como coordenadora da RAS, nos seus diversos pontos, procurando garantir o princípio da longitudinalidade, diretriz essencial da ESF.

Percebemos os aspectos relacionados à atuação de acordo com os princípios e diretrizes do SUS; ao planejamento; ao desenvolvimento da cogestão; ao acolhimento; a educação permanente; a mediação de conflitos; a comunicação e a liderança. Esses aspectos, mesmo com redação diferente, foram lembrados e sistematizados como competências, o que assegura semelhança com os achados na pesquisa. Diante dessa realidade proposta, trazemos à tona o reconhecimento de aspectos que são abordados nas teorias administrativas discutidas na literatura, não somente de uma delas, mas na contribuição de cada uma, no reconhecimento dos elementos que elas subsidiam ao comportamento dos gerentes na organização, no caso, na gerência que fazem para o território de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo nasceu de inquietações, manifestações do consciente da pesquisadora na vivência como trabalhadora da secretaria da saúde de Sobral, em convivência próxima às equipes de Saúde da Família e aos gerentes e suas práticas, objeto deste estudo.

Resgatando o que trazemos como objetivo geral da pesquisa ao nos propormos a analisar as competências para o gerenciamento em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família através da prática dos gerentes do município de Sobral-CE, pudemos fazê-lo considerando os pontos de vista dos sujeitos e da análise documental, aproximando-nos do que propõe a abordagem construtivista da competência.

Ressaltamos a limitação da pesquisa no que se refere ao número reduzido de sujeitos pesquisados o que nos permite dizer que não poderemos generalizar os resultados para todo o universo da ESF do município de Sobral bem como de outros municípios.

Foi possível perceber que a gerência na ESF é um trabalho complexo, amplo e abrangente na realidade de Sobral, que necessita de um profissional que conheça o sistema de saúde, especificamente a ESF e o processo de trabalho em gerência. Essa constatação dá-se não só pelos resultados observados na pesquisa, mas, sobretudo por compreender as especificidades da própria estratégia que, como porta de entrada do sistema de saúde, acolhe todas as demandas não só da assistência, mas considera todas as mazelas existentes no território, cenário absoluto de atuação das equipes e do gerente.

O território, campo de prática dos gerentes, também evidenciado como espaço vivo não só das práticas de assistência e atenção, mas como espaço de articulação do gerente na atuação da gerência, ou seja, a gerência da ESF também está no território, não somente no CSF. Uma vez que temos a equipe para o território, o gerente também o está.

Percebemos que o perfil dos gerentes aponta que sua maioria absoluta constitui-se de profissionais da enfermagem e mulheres, ou seja, para conformarmos a competência relacionada aos aspectos da gestão, é preciso que as mesmas sejam desenvolvidas, uma vez que neste eixo apareceu o maior número de competências. Salientamos que esse fato talvez não pudesse ser diferente, uma vez que estamos identificando competências para a gerência e não para a assistência, área de domínio da categoria enfermeiros.

Constatamos que os enfermeiros-gerentes tiveram pouca ou nenhuma formação em gerência, o que acaba por influenciar o modo com que os mesmos gerenciam, pois sem conhecimento de aspectos essenciais como a gestão de pessoas, de insumos, o arcabouço do sistema de saúde que traz consigo as atribuições da equipe, enfim, acreditamos que para a

gerência, não basta que o profissional seja enfermeiro, mas que seja um profissional que carregue conhecimentos da fonte da administração, da liderança, da gestão do sistema de saúde e da ESF, compreendendo os princípios que balizam a atuação para que os mesmos possam ajudar suas equipes e sua comunidade a promover saúde.

O gerente deve estar para a equipe e para a comunidade, sobretudo no que diz respeito a ser reconhecido como a liderança local da saúde. Acreditamos ser essa característica a mais forte para quem assume a gerência de uma equipe de Saúde da Família. O gerente, por todas as atribuições que assume, não pode fugir de ser reconhecido como uma liderança da saúde no território, como o elo entre a gestão do sistema, do serviço de saúde e a comunidade.

Compreendemos que a complexidade do papel do gerente, frente às suas atribuições e práticas, modifica-se cada dia, dadas as contingências do SUS no exercício contínuo do aperfeiçoamento da política de saúde. O acompanhamento e conhecimento dessas mudanças é fator primordial para o caminhar da ESF, coadunando, portanto, com a Teoria da Contingência que propõe a flexibilidade como fator de sobrevivência, na perspectiva de se adequar à realidade. Esse fato exige um gerente que estude, esteja em permanente estado de educação, de formação, para que possa se adaptar às mudanças com a mesma velocidade exigida pela prática.

Podemos afirmar que os achados revelam uma realidade que parece exaustiva. Entretanto, o trabalho de um gerente na maioria das vezes é carregado de responsabilidades, e o fato de estar na linha de frente de uma equipe que tem a responsabilidade sanitária de um território já confirma tamanho leque de atribuições.

Os gerentes apontam seus desafios, elecionando-os no campo da administração, quando referem, na sua maioria, a “Gestão de Pessoas”, que sabemos está relacionada aos aspectos comportamentais, administrativos de pessoal. Esse desafio nos remete a acreditar que ao ser relacionado, também é solicitado mais aprendizado nesse campo de conhecimento, portanto uma necessidade essencial a qualquer gerente. Referem à necessidade de mais autonomia. De fato, o instrumento não nos permitiu saber o que eles sugerem ou solicitam como mais autonomia, mas cabe à pesquisadora, deixar a pista da necessidade dessa reflexão.

É válido ressaltar que a falta de sistematização de papeis e de atribuições possa ter contribuído para que muitas coisas fossem se acumulando ao gerente pelo contexto e a falta de uma reflexão, que poderia ter sido alavancada pelo gestor do sistema, seja considerada uma fragilidade.

Acreditamos que a maioria das competências identificadas a partir dos relatos, realmente podem ser consideradas inerentes a essa função. Entretanto, percebemos que o gestor talvez precise discutir de forma reflexiva com esse coletivo tais competências, para que a angústia, a imprecisão das práticas, sejam eliminadas e passem a ser incorporadas, de forma que a competência seja desenvolvida. Esse fator inclusive pode contribuir para os processos de formação e ou de avaliação de desempenho dos mesmos, como forma de valorização e reconhecimento profissional.

A reflexão das competências dos gerentes na ESF pode e deve desencadear outras reflexões de competências de outras coordenações, fato que poderá levar a descobrir, ou melhor, validar determinadas competências que hoje são destinadas aos gerentes. Determinadas responsabilidades que hoje estão sendo atribuídas aos mesmos na verdade estão ou deveriam estar em outras coordenações, o que acaba por tumultuar e sobrecarregar o gerente, impedindo o mesmo de desenvolver suas próprias competências.

Muito é esperado do gerente, muito é cobrado do gerente, nas mais diversas frentes, das mais diversas formas, tanto do ponto de vista assistencial, quando referimos à gestão do cuidado sanitário, como do ponto de vista social, quando relembramos as mais diversas demandas sociais individuais e coletivas que batem à porta, aos olhos e aos ouvidos desses atores. Essa aproximação, esse envolvimento, esse vínculo, talvez só possamos encontrar, do ponto de vista da Administração à luz de suas teorias, nos gerentes, “executivos” que estejam na gerência na ESF. Como podemos ajudar a desenvolver as competências desse gerente que, antes de tudo, deve ser alguém com uma capacidade importante de reconhecer o sofrimento do outro, acolher, dar seguimento, se corresponsabilizar pela saúde do outro?

Ao propormos a sistematização das competências nos resultados dessa pesquisa, propomos apontar um caminho à reflexão dos profissionais da ESF, da gestão, da própria administração e das instituições formadoras para a consciência de que temos, no contexto do SUS, uma gerência que precisa ser considerada, reconhecida como necessária ao bom funcionamento de nossos Centros de Saúde, sobretudo, da saúde de nossos territórios.

O exercício válido e necessário da EFSFVS em sistematizar um cenário de competências para a gerência pode ser fortalecido e levado adiante, uma vez que na realidade de Sobral, a existência dessa instituição que desenvolve um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, quem sabe possa ousar e discutir a possibilidade de propor uma Residência em Gerência para os Territórios de Saúde, na perspectiva de fortalecer essa função reconhecidamente necessária à ESF.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida de Características Organizacionais e de Desempenho dos Serviços de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde no Nível Local**. Brasília: OPAS, 2006. (OPAS Série Técnica 10: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 08 mar. 2013.
- ANDRADE, L.O.M. **A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral**. Sobral: Secretaria da Saúde e Ação Social, 2000. Mimeografado.
- _____. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: HUCITEC; Sobral: UVA, 2001.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G.W.S. e col. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Cap. 25, p. 783-836.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia Saúde da Família. *In*: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e col. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005. Cap. 7, p. 88-100.
- ANDRADE, L.O.M; GOYA, N; MARTINS JR. T; BARRETO. I.C.H.C. Sistema Local de Saúde de Sobral: Um Processo em Construção. **Sanare: Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral-CE, Ano II, n. 1, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br>>. Acessado em: 08 mar. 2013.
- ANDRADE, E.F. Contribuições da Psicologia para a Proposta Construtivista de Ensino-Aprendizagem. **Revista de Psicologia**, v. 1, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistapsicologia.ufc.br>>. Acesso em: 08 mar. 2013.
- ARAÚJO, L.C.G.; GARCIA, A.A. **Teoria Geral da Administração: orientação para escolha de um caminho profissional**. São Paulo: Atlas, 2010.
- BRACCIALLI, L.A.D.; OLIVEIRA, M.A.C. Concepções de Avaliação de Desempenho em um Currículo Orientado por Competências. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1221-8, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 08 mar. 2013.
- BRANDÃO, H.P.; GUIMARÃES, T.A. Gestão de Competências e Gestão de Desempenho: Tecnologias Distintas ou Instrumentos de um mesmo construto? **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 1, jan./mar. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/dab>>. Acesso em: 09 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 2.488 de 21/10/2011**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde- ACS: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Lei etc. **Lei 8.080/90 de 19 de setembro de 1990**: dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro, Guanabara - Koogan, 1987.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. 3 ed. Rio de Janeiro, F. Alves, 1977.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANUTO, O. M. C. **A abordagem por competências nos currículos de formação profissional técnica na área da saúde**. 2012. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, 2012.

CHAGAS, E.F. A natureza dúplice do trabalho em Marx: Trabalho útil-concreto e trabalho abstrato. In: MENEZES, A.M.D.; LIMA, C.G. *et al.* (Orgs.). **Trabalho, Educação, Estado e a Crítica Marxista**. Fortaleza. UFC, 2009.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos Recursos Humanos nas organizações**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CUNHA, M. S. Prática Gerencial: Uma Abordagem Fenomenológica. **Revista de Ciências da Administração**, v.7, n.13, jan./jul. 2005.

DAVEL, E.; MELO, M.C.O.L. **Gerência em Ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=-h281cNnNVQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 28 abr. 2012.

DELUIZ, N. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo**. 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

ERMEL, R. C; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão da literatura. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 37, n. 2, p. 89-96, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/11.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA. Projeto Pedagógico para o Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Centros de Saúde da Família da Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE. 2012.

FIDALGO, F.; OLIVEIRA, M.A.M.; FIDALGO, N.L. **Educação Profissional e a lógica das competências**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. **Construindo o conceito de competência**. RAC, edição especial, 2001. p. 183-196.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRACOLLI, M. A.; MAEDA, S. T. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 2, p. 209-212, jun. 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo, SP: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 575-574.

IRIGOIN BARRENNE, M. E.; VARGAS ZUNIGA, F. **Competência Profissional: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor saúde**. SENAC Nacional, 2004.

JUBRAN, R. **Autonomia 360º: Saberes Aplicáveis na Liderança Atual**. São Paulo: Editora DVS, 2012.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 349-55, 2011. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em: 08 mar. 2013.

KHOURY, K. **Liderança é uma questão de atitude**. São Paulo: Editora SENAC, 2009.

LEOPARDI, M. T. e col. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 369-79, mar./ago. 2005.

MACEDO, Lino de. **Ensaio Construtivistas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: OBIONDOWOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-139.

MAXWELL, J. C. **O livro de ouro da liderança: o maior treinador de líderes da atualidade apresenta as grandes lições de liderança que aprendeu na vida**. Tradução de Osmar Alves de Souza. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, 2008.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **A gestão da clínica**. Belo Horizonte, 2006. Mimeografado.

_____. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MENEZES, A. M. D.; LIMA, C. G. *et al.* (Orgs.). **Trabalho, Educação, Estado e a Crítica Marxista**. Fortaleza. UFC, 2009.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEPOMUCENO, L. B; QUEIROZ, A. H. A. B; PAIVA, G. M. de. Território e Inserção Comunitária na Saúde. In: DIAS, F. A. C; DIAS, M. S. A, de. (Org.). **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, set./dez. 2004.

OLIVEIRA, D. P. R. **Teoria Geral da Administração: uma abordagem prática**. São Paulo: Atlas, 2008.

OLIVEIRA, D. P. R. **Teoria Geral da Administração: uma abordagem prática**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

OLIVEIRA, S. L. de; **Sociologia das organizações: uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE-OPAS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. 44º Conselho Diretor. 55ª Sessão do Comitê Regional. **Atenção Primária de Saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e os desafios futuros**. Washington, D.C., EUA: OPAS/OMS, p. 22-26, set. 2003.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>>. Acesso em: 19 abr. 2012.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa Exploratória: Procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-25, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

PONTE, H. M. S. da; MELO, M. S. S.; SOUZA, F. L.; SOARES, C. H. A.; CAVALCANTE, V. O. M. Território e a Estratégia Saúde da Família: uma reflexão e um desafio. In: DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. A, de. (Org.). **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 2010.

RAMOS, M. N. É Possível uma Pedagogia das Competências Contra-Hegemônica? Relações entre Pedagogia das Competências, Construtivismo e Neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 93-114, 2003.

RAMOS, M. N. A Educação Profissional pela Pedagogia das Competências e a Superfície dos Documentos Oficiais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 401-422, set. 2002. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

RIBEIRO, M. E.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 238-446, mar./abr. 2004.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. *In*: SANTOS, M.; BECKER, B. K. **Territórios, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2006. p. 13-21.

SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007.

SOBRAL. **Relatório Anual de Gestão da Secretaria da Saúde e Ação Social, ano 2011**.

SOUZA, F. L.; **As Estruturas Essenciais de Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará: Uma Proposta de Auto-Avaliação a partir dos Casos de Sobral e Fortaleza**. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral-CE: UFC, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. A. Organização de serviços de atenção primária saúde. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. e Cols. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

TANGUY, L. Competência e integração social na empresa. *In*: TANGUY, L.; ROPÉ, F. (Org.). **Saberes e competências: O uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas: Papyrus, 1997.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, edição especial, 2004.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Tradução de Maria Ângela Cançado. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TOMASI, A. **Da qualificação à competência: Pensando o século XXI**. Campinas-SP: Papyrus, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

VANDERLEI, M. I. G. **O Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em Municípios do Estado do Maranhão**. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2005.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Fiocruz, 2007. p. 531-562.

VELOSO, N. F. **Competências na formação de professores: rastros e visibilidades**. São Luiz-MA: EDUFMA, 2010.

XIMENES NETO, F.R.G. **Gerenciamento do Território na Estratégia Saúde da Família:** o processo de trabalho dos gerentes. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) - Área de Concentração: Políticas de Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará (UECE), 2007.

WITT, R. R. **Competências da Enfermeira na Atenção Básica:** Contribuição à Construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela competência. *In:* Seminário Educação Profissional, Trabalho e Competências. Rio de Janeiro: Centro Internacional para a Educação, Trabalho e Transferência de Tecnologia, 1996. Mimeo. *In:* BRANDÃO, H.P.; GUIMRÃES, T.A. **Gestão de Competências e Gestão de Desempenho:** Tecnologias Distintas ou Instrumentos de um mesmo construto? RAE - Revista de Administração de Empresas, v 41, n. 1, Jan./Mar. 2001.

_____. **Objetivo competência:** Por uma nova lógica. São Paulo: Atlas, 2001.

ZAUHY, C; MARIOTTI, H. **Acolhimento:** o pensar, o fazer, o viver. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: 2002.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GERENTES DOS CENTROS DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL-CE**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS GERENTES DOS CENTROS DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE SOBRAL-CE**

1. Idade:
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Área de Atuação: Urbana Rural
4. Estado civil: Solteiro Casado Desquitado
 Divorciado União Estável Outro
5. Graduação:

--

6. Ano da Graduação:

--

7. Pós-Graduação:

- Aperfeiçoamento
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado
 Pós-doutorado

8. Especificar a pós-graduação

9. Título do Trabalho de Conclusão de Curso da pós-graduação.

10. Funções assumidas no SUS nos últimos 10 anos

11. Tempo na função gerência:

() menos de 1 ano

() 1 a 5 anos

() 5 a 10 anos

() mais de 10 anos

12. Fez algum curso na área da gerência. Especifique o curso, a carga horária e a instituição formadora.

13. Existem ações de Educação Permanente em gerência organizadas pelo município? Quais?

--

14. Para assumir a gerência você recebeu algum tipo de capacitação? Se sim, especifique qual a capacitação, a carga horária e a instituição.

15. Qual seu vínculo empregatício?

--

16. No território, você atua exclusivamente como gerente?

() Sim

() Não

Especifique caso tenha outra atividade além da gerência.

17. Quais seus maiores desafios na atuação gerencial?

APÊNDICE B – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

- Aponte as práticas de gerenciamento que são desenvolvidas no território da Estratégia Saúde da Família.
- A prática gerencial está restrita ao Centro de Saúde da Família ou se estende ao território? Como?
- Quais as atribuições do gerente no território da Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O GESTOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O GESTOR

1. Para você como gestor, o que você considera importante quando escolhe quem vai gerenciar uma equipe da Estratégia Saúde da Família?
2. Em sua opinião, quais atividades devem estar no cotidiano de quem está na gerência?
3. Que conhecimentos você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
4. Que habilidades você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
5. Que atitudes você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
6. Em sua opinião, qual (is) a (s) principal (ais) característica (s) torna (m) alguém apto a estar gerente da Estratégia Saúde da Família?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O
COORDENADOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM O COORDENADOR DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

1. Para você como coordenador da atenção primária, o que você considera importante quando escolhe quem vai gerenciar uma equipe da Estratégia Saúde da Família?
2. Em sua opinião, quais atividades devem estar no cotidiano de quem está na gerência?
3. Que conhecimentos você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
4. Que habilidades você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
5. Que atitudes você considera importantes para a atuação na gerência da Estratégia Saúde da Família?
6. Em sua opinião, qual (is) a (s) principal (ais) característica (s) torna (m) alguém apto a estar gerente da Estratégia Saúde da Família?

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado(a) Senhor(a),

Sou mestranda em saúde da família da Universidade Federal do Ceará – campus Sobral, e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre as competências para a gerência em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Pretendo com esta pesquisa analisar as competências para o gerenciamento em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família através da prática dos gerentes do município de Sobral-CE..

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, participando da entrevista, instrumento de coleta para esta pesquisa. Os dados serão apresentados à UFC-Sobral e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial dos participantes, assim como será garantido o sigilo e anonimato das informações coletadas. Comprometo-me em conduzir esta pesquisa pautando-me nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento.

Para possíveis esclarecimentos, estou disponível no endereço: R. Benjamim, 350, apto. 101 – Bl A, Bairro Pedrinhas, Sobral – Ce, CEP 62100-000. Fone (88) 9989-5672, como também meu Orientador, Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio encontra-se disponível no telefone (88) 9618-9911.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado(a) Senhor(a),

Sou mestranda em saúde da família da Universidade Federal do Ceará – campus Sobral, e estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre as competências para a gerência em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família. Pretendo com esta pesquisa analisar as competências para o gerenciamento em Centros de Saúde da Estratégia Saúde da Família através da prática dos gerentes do município de Sobral-CE.

Neste sentido, solicito sua colaboração na participação da pesquisa, participando do grupo focal, instrumento de coleta para esta pesquisa. Os dados serão apresentados à UFC-Sobral e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial dos participantes, assim como será garantido o sigilo e anonimato das informações coletadas. Comprometo-me em conduzir esta pesquisa pautando-me nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aceitando participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar seu consentimento a qualquer momento.

Para possíveis esclarecimentos, estou disponível no endereço: R. Benjamim, 350, apto. 101 – Bl A, Bairro Pedrinhas, Sobral – Ce, CEP 62100-000. Fone (88) 9989-5672, como também meu Orientador, Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio encontra-se disponível no telefone (88) 9618-9911.

Atenciosamente,

Assinatura da Pesquisadora
