



Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
Bacharelado em Administração Pública
Polo Aracati

ADRIANA VIRGÍNIO DA COSTA
CARMEN SILVIA SILVA DE DEUS
EDVÂNIA VIRGÍNIO ALVES

QUALIFICAÇÃO GERENCIAL EM SAÚDE: Um estudo de caso em uma unidade da
Estratégia Saúde da Família no município de Aracati-CE.

ARACATI/CE

2016

ADRIANA VIRGÍNIO DA COSTA
CARMEN SILVIA SILVA DE DEUS
EDVÂNIA VIRGÍNIO ALVES

QUALIFICAÇÃO GERENCIAL EM SAÚDE: Um estudo de caso em uma unidade da
Estratégia Saúde da Família no município de Aracati-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Administração
Pública da Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial
para obtenção do grau de bacharel em
Administração Pública.

Orientadora: Dra. Maria Aparecida Silva.

ARACATI/CE

2016

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira
Direção de Sistema Integrado de Bibliotecas da UNILAB (DSIBIUNI)
Biblioteca Setorial Campus Liberdade
Catálogo na fonte

Bibliotecário: Gleydson Rodrigues Santos – CRB-3 / 1219

C87q

Costa, Adriana Virgínio da.

Qualificação gerencial em saúde: um estudo de caso em uma unidade da estratégia saúde da família no município de Aracati-CE. / Adriana Virgínio da Costa; Carmem Silvia de Deus; Edvânia Virgínio Alves. – Aracati, 2016.

37 f.; 30 cm.

Dissertação apresentada ao Curso de Administração Pública da Diretoria de Educação Aberta e a Distância – DEAAD da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida da Silva.

Inclui gráficos e referências.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde pública. I. Título.

CDD 353.53310981

ADRIANA VIRGÍNIO DA COSTA
CARMEN SILVIA SILVA DE DEUS
EDVÂNIA VIRGÍNIO ALVES

QUALIFICAÇÃO GERENCIAL EM SAÚDE: Um estudo de caso em uma unidade da
Estratégia Saúde da Família no município de Aracati-CE

Dissertação apresentada ao Curso de Administração
Pública da Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial
para obtenção do grau de bacharel em
Administração Pública.

Orientadora: Dra. Maria Aparecida Silva.

Aprovada em: 18/02/2017

BANCA EXAMINADORA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas ligadas à minha vida, que durante o período de desenvolvimento deste trabalho, me ajudaram com compreensão, demonstrando que superar os momentos difíceis vale à pena, quando temos ao nosso lado aqueles que realmente se importam com meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, particularmente:

A Deus, que me permitiu essa vitória.

À minha orientadora, Maria Aparecida da Silva, por ter realmente me orientado nesta jornada.

Foram dela que vieram as maiores contribuições para este trabalho.

À minha família, que me acompanhou nesse processo longo e nem sempre fácil, e me apoiou incondicionalmente;

Ao Jorge, meu esposo, por estar do meu lado em todos os momentos, e minhas filhas Camilla e Anna Laisy.

Aos meus colegas de graduação, que sempre me incentivaram a vencer os obstáculos, e sempre estiveram disponíveis à me ajudar.

Tu és o autor da vida
E eu, a Tua canção
Tu és o oleiro
E eu, barro em Tuas mãos
Tu és o instrumentista
E eu, soprado por Ti
Tu és o artista
E eu me rendo a Ti.

Ana Paula Valadão

RESUMO

Este estudo tem por objetivo compreender o processo de trabalho do gestor na Estratégia Saúde da Família no município de Aracati. Buscamos levantar as reais necessidades da Unidade, para identificar as atribuições relacionadas à gestão, usando como sujeito de estudo o gestor, que além de sua atividade acadêmica, atua também como gerente da Unidade. Percorremos trajetória metodológica, segundo o pensamento dialético, de natureza qualitativa, sendo técnicas de coleta de dados entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise documental. Dentre os resultados identificamos que um dos caminhos identificados para modificar o processo de trabalho gerencial, nos mais diversos trabalhos lidos e pesquisados é a implementação de uma gerência participativa, que integre a equipe não apenas nas atribuições, mas na responsabilidade, dividindo tarefas e compromisso com a Unidade e seu funcionamento.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Gestão; Planejamento.

ABSTRACT

This study aims to understand the family health strategy manager in the municipality of Aracati. We seek to raise the real needs of the unit, to identify the tasks related to the management, using as a subject of study, which in addition to Manager your academic activity, also acts as Manager of the unit. Traveled, according to the methodological path dialectical thinking, qualitative in nature, being data collection techniques semi-structured interview, systematic observation and document analysis. Among the results identified that one of the ways identified to modify the managerial process, in the most diverse work read and researched is the implementation of a participatory management, which integrates the team not only in the assignments, but the responsibility, sharing tasks and commitment with the unit and your operation.

Key-words: Family Health Strategy; Management; Planning.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	Justificativa.....	10
1.2	Objetivos.....	10
1.2.1	Objetivo Geral.....	10
1.2.2	Objetivos Específicos.....	10
2	CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO PESQUISADO.....	11
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
3.1	Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família-ESF.....	12
3.2	O enfermeiro na prática gerencial.....	14
3.3	A dupla dimensão do trabalho do enfermeiro gerencial-assistencial.....	16
4	METODOLOGIA.....	21
5	ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	23
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
7	REFERÊNCIAS.....	35

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

Criado em 1994 como um programa de governo, o Programa Saúde Família – PSF evoluiu e vem assumindo a condição de uma política nacional que visa à reorganização da Atenção Básica à Saúde, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

A Estratégia Saúde da Família – ESF, como é conhecida atualmente, caracteriza-se como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e tem por base a implantação de equipes multiprofissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde – UBS e são responsáveis por um número predeterminado de famílias localizadas numa área delimitada.

Orienta-se pelos princípios de universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integração, humanização, equidade e participação social.

A Estratégia Saúde da Família - ESF constitui um esforço tripartite, ou seja, de integração entre as instâncias federal, estadual e municipal. O processo de trabalho da ESF, orientado para um território específico, é desenvolvido sob responsabilidade de equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de quarenta horas semanais.

Considerando o que está posto na Política Nacional de Atenção Básica, acrescentando, muitas vezes, a gerência à prática do enfermeiro da equipe, em um espaço novo de gerência, que é o Saúde da Família, inquieta-nos conhecer o processo de trabalho na prática gerencial do Programa Saúde da Família, quem faz gerência em Saúde da Família, como se faz esta gerência, quando e com o que esta gerência é feita e, como está organizada. Estas inquietações compõem o processo de trabalho na prática gerencial e este é o objeto do presente estudo.

Buscando operacionalizar este estudo que aborda a questão sobre a gestão do trabalho na Unidade de saúde, elaboramos um pressuposto teórico que dará sustentação ao objeto de estudo que ora nos dispomos a estudar: O processo de trabalho na prática gerencial do Programa apresenta limites em sua implementação, pois é desenvolvido por profissional enfermeiro concomitante às suas atividades assistenciais, levando-o em vários momentos a fazer escolhas entre “gerenciar” e “assistir”, o que ocasiona acúmulo de atividades, sobrecarga de atribuições, prejuízos à assistência e conflitos na gerência.

Diante da complexidade da situação encontrada, o enfermeiro se vê diante de um grande desafio: o de associar a função assistencial ao papel de gerente, articulando, mobilizando e negociando para programar ações da equipe, de modo que a proposta de trabalho da ESF seja alcançada.

Assim faz-se o seguintes questionamento: Quais as competências do gestor para atuar junto à equipe ESF Nossa Senhora de Fátima no município de Aracati?

Baseado nesta questão, pretende-se com este estudo discorrer sobre a formação do enfermeiro para a gestão em Estratégia Saúde da Família - ESF, enfatizando o processo gerencial, fazendo uma correlação teoria e prática, tendo como questão norteadora as dificuldades encontradas pelo mesmo no desempenho das atividades gerenciais.

1.1 Justificativa

A escolha do tema deste Projeto de Pesquisa se deu a partir da percepção do problema que o gestor da Unidade da ESF do município em estudo vive em seu dia-a-dia, isto é, tem como pretensão fazer.

Por meio de embasamento teórico e vivência em estágio curricular na Estratégia Saúde da Família - ESF, sentimos a necessidade de aprofundar o conhecimento nessa área, o que se tornou fundamental porque, não raras vezes, observamos dificuldades da enfermeira gestora para realizar as ações de planejamento que se fazem presentes e necessárias e requerem, portanto, uma qualificação profissional.

1.2 Objetivos

1.2.1 GERAL

Conhecer as dificuldades enfrentadas pelo gestor da Estratégia Saúde da Família para realizar suas atividades.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Levantar as necessidades de formação para a gestão na ESF;
- Identificar quais as atribuições e competências relacionadas à gestão na ESF;
- Identificar os desafios na prática do enfermeiro em suas funções de assistente de saúde e gerente de ações.

CAPÍTULO 2 - CARACTERIZAÇÃO DO OBJETIVO PESQUISADO

A Unidade da Estratégia Saúde da Família em estudo está situada em um espaço bem estruturado, num dos maiores bairros do município, em funcionamento desde 29/04/1984, ofertando serviços em saúde à comunidade e atendendo atualmente 1.873 famílias cadastradas. Conta ainda com 954 famílias que se encontram em áreas descobertas e que também recebem atendimento nesta Unidade.

Para atender essa demanda, a gestão conta com 25 servidores que estão distribuídos da seguinte forma: 02 enfermeiras; 02 enfermeiras residentes; 01 enfermeira voluntária; 02 clínicos gerais; 01 dentista; 01 técnico de enfermagem; 01 digitadora; 01 atendente de dentista; 02 servidores na recepção; 01 agente administrativo; 07 agentes comunitários de saúde; 02 auxiliares de serviços gerais; 02 vigilantes. Desse total apenas 02 servidores são efetivos: 01 enfermeira e 01 recepcionista, os demais são contratados.

A Unidade oferece serviços como: consultas médicas e de enfermagem, vacinação, curativos, distribuição de medicamentos, atendimento odontológico, exames de prevenção, visita domiciliar, consultas de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, dentre outros.

Sua missão é garantir a excelência dos serviços de saúde ofertados à população, buscando satisfazer as necessidades da comunidade na qual está inserida. A visão é ser referência de excelência nos serviços prestados por meio de um atendimento de qualidade e cobertura de todo território da Unidade. Os valores que norteiam a instituição são: postura e conduta ética, comunicação clara e precisa, foco no serviço e trabalho em equipe, tendo como objetivo o bom atendimento e qualidade no serviço prestado.

CAPÍTULO 3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família - ESF

O processo de trabalho no gerenciamento do território da ESF segundo Pereira (2005 apud Ximenes Neto, et. al., 2016, p.27), divide-se em dois componentes:

A gerência do cuidado e a gerência de serviços. O primeiro tipo de gerência opera o cuidado desenvolvido pelos profissionais aos sujeitos, famílias e comunidades. O segundo tipo desenvolve o trabalho provendo os serviços de condições favoráveis para execução do cuidado, suprindo os mesmos com insumos necessários e estabelecendo uma organização favorável à execução da produção em saúde.

Nessa perspectiva, identifica-se tal abordagem no processo de trabalho dos gerentes do território da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Autores apontam que uma gestão participativa é o “[...] trabalho clínico assentado no vínculo seriam, portanto, modos de, ao mesmo tempo, organizar serviços nos quais houvesse grande autonomia profissional e nos quais cada um soubesse com muita clareza de suas atribuições” (CAMPOS G. W. S., 1997 APUD XIMENES NETO; SAMPAIO; SILVA; NASCIMENTO; JORGE, 2016, P. 28).

A prática gerencial, enquanto parte do processo de trabalho, deverá ser uma ação interdisciplinar, em que se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política (XIMENES NETO; SAMPAIO; SILVA; NASCIMENTO; JORGE, 2016).

O gerenciamento da Estratégia Saúde da Família tem caráter dinâmico, para desenvolver atividades junto à comunidade, realizando atendimento primário, onde a “assistência caracteriza-se pelo fato de permitir o acesso direto à população, constituindo-se a porta de entrada regular do sistema” (BRASIL, 1990, p.12).

Para realizar o gerenciamento da ESF é essencial que se tenha conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados às funções gerenciais. Até o século passado, o conhecimento era usado como base para o autoconhecimento, o crescimento da moral e o desenvolvimento espiritual.

Atualmente o conhecimento passou a ser aplicado na prática, transformando-se em recursos, ferramentas, processos e produtos. Assim, o saber social, segundo Lopes e Nunes (1995 apud Ximenes Neto, et. al., 2016) é constituído por todo o conjunto de conhecimentos e permite ao indivíduo identificar o meio no qual está inserido como ator

social, desempenhando suas funções de integração dentro do trabalho, na organização, na cultura profissional e no clima organizacional, ou seja, tem que desempenhar atividades profissionais e sociais, além das atitudes de relação e comunicação, relativa à autoimagem, conhecimento, autoestima e autoconfiança e principalmente integração entre a equipe.

O conhecimento tácito é altamente pessoal, difícil de formalizar, o que dificulta sua transmissão, e principalmente, a divisão com os demais trabalhadores, ele é a somatória das experiências anteriores, da emoção, valores e ideias de cada profissional. O conhecimento explícito pode ser facilmente processado no computador, transmitindo eletronicamente ou armazenado em bancos de dados (XIMENES NETO; SAMPAIO; SILVA; NASCIMENTO; JORGE, 2016).

O conhecimento é um processo social, onde deve estar articulado processo: interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. Neste universo, deve-se prestar atenção ao todo e não apenas nas partes, redefinir o processo de trabalho e passar a considerar o homem como um ser integral, sendo portanto, capaz de interagir, participar da vida e na organização disseminando o conhecimento como fonte de informação.

Entretanto, além do conhecimento o gerente deve ter capacidade de tomar decisões e de mudar, o que exige do trabalhador contemporâneo a aquisição de habilidades específicas, relacionadas com a percepção acurada do contexto, a visão sistêmica, o pensamento crítico, o uso adequado das informações e a postura ética. Este conjunto de habilidades não vem pronto, ele precisa ser aprendido e reaprendido de maneira dinâmica.

Para Mattar (apud Ximenes Neto, et. al, 2016, p. 30-31) os três principais componentes da atitude são:

Cognitivo, que representa as crenças da pessoa em relação a produtos, organizações, pessoas, fatos ou situações; afetivo, por meio dos sentimentos das pessoas em relação a produtos, organizações, pessoas, fatos ou situações e o comportamental, significando a predisposição para uma reação comportamental em relação a um produto, organização, pessoa, fato ou situação.

Baseado nestes pressupostos, as atitudes requeridas para gerenciar são: ser justo, ético e atencioso para com os seus subordinados; afetivo, dando atenção ao lado psicológica e emocional das pessoas; prospectivo, explorador, voltando-se para fora da empresa; aberto à negociação e ao diálogo; abertas às mudanças, novas ideias e novas experiências.

3.2 O enfermeiro na prática gerencial

Na prática gerencial, o enfermeiro desempenha dois papéis, um de coordenação do processo de trabalho da enfermagem e outro de coordenação do processo de trabalho da equipe de saúde (LUNARDI FILHO e LUNARDI, 1996 APUD PETERLINI, 2016).

Já Patrício (1996 apud Peterlini, 2016) considera que o enfermeiro desenvolve o cuidado indireto pelas atividades de educação, planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação. Nesse contexto, surgiram algumas propostas de consolidação de um novo padrão de profissionalização para o enfermeiro.

Uma delas, defendida por Ferraz (1995 apud Peterlini, 2016), sustenta que o enfermeiro desempenhe a função de gerenciador do processo de cuidar e justifica que, somente assim, as atividades burocráticas ficariam em segundo plano.

Já Ide (2001 apud Peterlini, 2016) propõe que o enfermeiro seja o responsável por coordenar o processo de cuidar. Constantemente, indaga-se sobre o papel a ser desenvolvido pelo enfermeiro em diversos contextos da prática profissional, considerando que papel é a maneira de agir que o profissional adota num momento específico, frente a uma determinada situação, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos (MORENO, 1974 APUD PETERLINI, 2016).

Nesse aspecto, Leopardi (2001 apud Peterlini, 2016, P. 25), reconhece que o enfermeiro desempenha, na prática do cuidado, três ações distintas e indissociáveis: “a ação assistencial, a ação educativa e a ação gerencial”.

Essa autora considera que “a enfermagem realiza um trabalho complexo, pois se situa no contexto social da saúde, assumindo, portanto, caráter de trabalho coletivo e agregando o seu saber e sua prática aos demais profissionais” (LEOPARDI, 2001 APUD PETERLINI, 2016, P. 26). Ainda a autora pontua que “as ações assistencial, educativa e gerencial, apesar de apresentarem a mesma finalidade, ou seja, voltarem-se ao atendimento às necessidades dos indivíduos, utilizam, para o seu desenvolvimento, instrumentos e saberes diferenciados e específicos” (LEOPARDI, 2001 APUD PETERLINI, 2016, P. 26).

Melo (1996, p.133 apud Peterlini, 2016, p. 27) é categórica ao expor que as atividades administrativas e assistenciais complementam-se e que a função do enfermeiro é “gerenciar a assistência”, entendendo que a função administrativa constitui um “instrumento do seu trabalho e não um desvio de função”.

Corroborando bom essa ideia, Santos (1992, p.47 apud Peterlini, 2016, p. 28) enfatiza a administração como “[...] sendo o princípio que faz gerar todas as ações de Enfermagem”.

Conclui-se, portanto, que o enfermeiro na sua prática de cuidado necessita de ações de gerenciamento, pois é o membro da equipe de enfermagem responsável por coordenar as ações de cuidado dessa equipe e, dependendo do contexto em que essa prática se processa, é responsável por conduzir as ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

A atividade gerencial do enfermeiro é, sem dúvida, determinada historicamente e, segundo Lima e Gaidzinski (apud Peterlini, 2016, p. 30) é na função gerencial que esse profissional é reconhecido e valorizado pelos demais membros da equipe de saúde, pois os autores consideram que “essa função assegura a organização do serviço, a coordenação da equipe, estabelecendo, assim, a interligação do trabalho de enfermagem com o de outros profissionais, sempre visando à assistência adequada à clientela”.

Na prática profissional do enfermeiro, a ação gerencial apresenta-se como processos distintos, interdependente do local onde será desenvolvido o cuidado e do objetivo dele. No cenário hospitalar, predominantemente de ações curativas, esse profissional é responsável pela coordenação da equipe de enfermagem para as ações clínicas, que dependem de processos de trabalho de outros profissionais para o alcance dos objetivos de cura, recuperação e reabilitação.

No cenário de saúde coletiva, o enfermeiro tem assumido responsabilidades que vão além da condução da equipe de enfermagem. Ele tem assumido a condução de unidades de saúde ou mesmo de programas de saúde comunitária e, conseqüentemente, a coordenação de todo processo de trabalho interdisciplinar, fundamental e necessário ao alcance dos objetivos coletivos.

Sá (1999 apud Peterlini, 2016, p. 32), em artigo em que realiza uma reflexão sobre a enfermagem no século XXI, destaca:

A respeito da prática administrativa do enfermeiro, que se verifica a necessidade de despedir-se dos princípios da teoria clássica da administração, considerando que há necessidade de uma nova forma de administrar, na qual os gerentes assumam papéis de facilitadores, mentores, formadores de equipe, consultores e comunicadores.

Reforçando ainda o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, algumas autoras, como Almeida (1986) e Freitas et al. (1989 apud Peterlini, 2016, p. 32), alertam que:

O corpo de conhecimento em enfermagem deve abranger uma formação que assegure ao profissional competência técnica, científica, administrativa e política, pois o objeto de trabalho do enfermeiro passa pela assistência de enfermagem no processo saúde-doença e estende-se à organização do processo de trabalho em enfermagem.

Nesse trabalho gerencial, o enfermeiro desenvolve todas as etapas necessárias da administração, como planejamento, organização, coordenação, acompanhamento e avaliação. Certo (2000 apud Peterlini, 2016, p. 35) ainda destaca que o profissional enfermeiro deve “instrumentalizar-se, para desenvolver suas atividades administrativas, educacionais e assistenciais, e que o planejamento, a execução e avaliação devem ser respaldados por informações qualitativamente adequadas ao processo decisório”. O processo decisório advém da necessidade de resolver algum tipo de problema.

3.3 A dupla dimensão do trabalho do enfermeiro: gerencial-assistencial

O Programa Estratégia Saúde da Família – ESF propõe um trabalho para o enfermeiro que contemple a dupla dimensão individual/coletiva, resgate a possibilidade de uma atuação ampliada e também específica do enfermeiro, no sentido da execução de ações cuja lógica central seja a necessidade de saúde dos usuários e não a racionalização do trabalho do profissional médico (CHIESA, 2003 apud Magalhães, 2016).

Ainda que o espaço da ESF esteja contribuindo para a autonomia do enfermeiro, na medida em que esse modelo exige maior qualificação profissional, nota-se que há necessidade do mesmo rever sua prática, pois suas atribuições não correspondem à sua rotina de trabalho.

Pode-se afirmar que o enfermeiro é responsável por realizar atividades assistenciais e gerenciais, além de ser responsável técnico por auxiliares e técnicos de enfermagem e também ser responsável por supervisionar Agentes Comunitários de Saúde.

Portanto, torna-se imprescindível determinar as atribuições desse profissional para que haja melhor organização da assistência, o que promove atendimento de qualidade, maior satisfação dos profissionais e usuários e aplicação, na prática, dos princípios do SUS. Além disso, prepara os profissionais para o enfrentamento dos problemas diários e ocasiona melhor resolubilidade das ações. Com uma melhor definição das suas atribuições, o enfermeiro se torna um profissional mais eficiente e atua com melhor qualidade em sua prática diária.

Pode-se afirmar segundo Costa; Miranda (2008 apud Magalhães 2016), que o enfermeiro é um importante ator de mudança do modelo assistencial, capaz de modificar o

perfil do estabelecimento de saúde, mediante a instauração de novas práticas e de uma dinâmica de trabalho inovadora, comprometida com o projeto de fortalecimento da ESF/SUS).

Na Estratégia Saúde da Família – ESF, o enfermeiro desenvolve atividades em conjunto com uma equipe multiprofissional, onde o conhecimento das atribuições de cada um propicia maior aproveitamento das potencialidades dos membros das equipes (MAGALHÃES, 2016).

Segundo os mesmo autores, especificamente na ESF, o enfermeiro tem ficado à frente de todo o trabalho de estruturação da proposta, preparando as pessoas da comunidade para receber a estratégia, elaborando a territorialização, sustentando a integração e a articulação entre comunidade – serviço, identificando os principais problemas de saúde e sócio-culturais das famílias sob sua responsabilidade assistencial, desenvolvendo ações de educação em saúde, preparando os agentes comunitários para o trabalho com as famílias.

Ao enfermeiro da ESF cabem atividades de supervisão, treinamento e controle da equipe e atividades consideradas de cunho gerencial, atuando como gerador de conhecimento, através do desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe e definindo responsabilidades (BENITO; BECKER, 2007, APUD MAGALHÃES, 2016). Este profissional é responsável por realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2006).

Ao passo que, possui ainda atribuições no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS): planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções; facilitar a relação entre os profissionais da UBS e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada; realizar consultas e procedimentos de enfermagem UBS e, quando necessário, no domicílio e na comunidade; solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas; organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (BRASIL, 2006).

Costa; Silva (2004 apud Magalhães, 2016, p. 52) relatam que compete a este profissional:

- Treinar pessoal de nível médio e elementar para executar as atividades previstas no Programa;
- Participar na implantação das atividades técnicas e burocráticas dos programas, mediar relações de assistência médica e individual, feitas pelo médico;
- Coordenar uma equipe de agentes, mediando essa assistência por meio de uma ascendência técnica sobre elementar, mas sem linhas de mando sobre eles.

O Guia Prático de Saúde da Família estabelece uma atribuição específica deste profissional, que diz ser sua responsabilidade “planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF”, as outras atribuições são:

- Realiza cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada.
- Realiza consultas de enfermagem, solicita exames complementares, prescreve/transcreve medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.
- No nível de suas competências, executa assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
- Realiza as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2001.
- Presta assistência integral à população adscrita respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada.
- Executa de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida.
- Intervém em áreas de risco.
- Faz avaliação de enfermagem e garante encaminhamento adequado.
- Realiza visita para atendimento no domicílio e busca de faltosos.
- Executa os programas de Hipertensão Arterial, Diabetes, cardiopatias etc.
- Desenvolvem assistência nas seguintes áreas: DST/AIDS, dependência química, sexualidade, prevenção de câncer, planejamento familiar, acidentes e violência.
- Presta assistência à criança vítima de violência.
- Avalia e acompanha reação vacinal.
- Presta assistência integral à Saúde da Mulher (climatério, gestante, vítimas de violência, 3ª idade).
- Faz prevenção de câncer de colo e mama.
- Executa o programa de Planejamento Familiar.
- Executa o programa de Pré-natal de baixo risco e puerpério conforme instruções de trabalho.
- Participa das campanhas de vacinação, bem como intensifica a vacinação em escolas e empresas.
- Promove ações de acolhimento do adolescente na unidade.
- Realiza investigação epidemiológica de agravos e acompanha os casos até a alta, bem como investigação de óbito.
- Realiza ações de prevenção e controle das doenças ocupacionais.
- Executa o Programa Municipal de Imunizações (BRASIL, 2006).

As práticas realizadas vão ao encontro com o que se propõe o Programa Estratégia Saúde da Família. Por meio da assistência de enfermagem, as enfermeiras conhecem melhor a população assistida, suas condições socioculturais, e com isso têm subsídios para orientar a

população sobre sua patologia, como prevenir maiores danos, a como ter melhores condições de saúde, além de conhecer os demais problemas que estão no entorno dos pacientes.

Segundo Campos (2007 apud Magalhães, 2016), o enfermeiro possui dois campos de atuação: no processo de organização das Unidades Básicas de Saúde e no processo de formação, capacitação e educação permanente.

Já de acordo com Faustino et. al. (2004 apud Magalhães, 2016), o enfermeiro possui ações divididas em quatro categorias empíricas: ações de gerenciamento, educativas, assistenciais e perfil profissional. Segundo a mesma, o enfermeiro deve ser referência para a equipe e usuários e também o responsável por orquestrar a organização das ações. É ele, também, o profissional da equipe mais bem preparado, na sua formação, para atuar na educação em saúde.

Pode-se afirmar, segundo a autora acima, que o trabalho do enfermeiro após a implantação do Programa duplicou, uma vez que o profissional passou também a coordenar os programas de nível local, assumindo atribuições que articulam a assistência e complementariedade com práticas gerenciais.

O profissional enfermeiro desenvolve atividades simultâneas de gerência e de assistência. As atividades de gerência constituem em sua maioria, atividades administrativas burocráticas mais ligadas às questões operacionais do trabalho nas unidades de saúde, voltadas para a organização do processo de trabalho, infraestrutura e planejamento de serviços. As atividades assistenciais de maior frequência consistem no desenvolvimento de políticas de ações programáticas, tais como: saúde do adolescente, mulher, criança, adulto, idoso, saúde mental, tuberculose, entre outros programas do Ministério da Saúde (KANTORSKI et al., 2006 APUD FERREIRA, 2011).

O enfermeiro possui a gerência como instrumento de trabalho, e muitas vezes, o que deveria ser de responsabilidade de todos os membros da equipe, se torna responsabilidade do enfermeiro, que assume essa atribuição na Equipe de Saúde da Família. Pode-se afirmar que o profissional assume essa função através da organização da Estratégia Saúde da Família que direciona várias atribuições como exclusivas ao enfermeiro.

Faustino (2004, apud Magalhães, 2016) ressalta que as ações de gerenciamento realizadas na Estratégia Saúde da Família não estão previstas como função do enfermeiro da equipe, mas surgem como demanda da prática. O enfermeiro acaba sendo responsável indireta e diretamente por várias ações burocráticas e gerenciais relativas à equipe e até mesmo ao funcionamento da Unidade.

Fortuna et. al (2002 apud Vidal, 2016, p. 120), descreve algumas funções administrativas do enfermeiro cabendo-lhe: “fazer com que a equipe cumpra as ordens, controle faltas e intermedeie atritos entre trabalhadores e destes com a população”. Assim, sendo a gerência relacionada a um único representante, para a gestão torna-se mais fácil e mais interessante, embora numa perspectiva centralizada e controladora.

Já Vidal (2016, p. 121) descreve outro roteiro de atribuições para gerente da Estratégia Saúde da Família, competindo a este:

- Revisar processos de trabalho da unidade;
- Colaborar na definição do número de ESF, quanto à capacidade física instalada, disponibilidade de recursos;
- Priorizar a atenção, fundamentando-se nas áreas de riscos;
- Programar ações e estratégias que viabilizem o controle social e a participação do usuário no planejamento;
- Mapear a rede local, assegurando a integralidade;
- Levantar equipamentos sociais (organizações não-governamentais, empresas, e outros);
- Capacitar todos os membros da ESF;
- Ser um facilitador e elo entre equipe e comunidade;
- Realizar diagnóstico epidemiológico e social;
- Elaborar planejamento local, estabelecer metas e prioridades;
- Garantir a atualização dos sistemas de informação mostrando à equipe e comunidade os indicadores.

Diante disso, segundo o autor, o enfermeiro encontra dificuldades na realização das atividades que lhe são atribuídas por Lei, e o acúmulo de funções lhe incapacita para exercer suas funções adequadamente.

4 METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa de campo exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, respondendo a questões bastante particulares. Segundo Trivinus (1994, p. 22) ela trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa foi caracterizada como sendo um estudo de caso simples, por ter sido esta delimitada em uma unidade de análise, na qual será explorado o problema da pesquisa através do método de Análise e Solução de Problemas (MASP), a fim de corroborar com a revisão literária, para a descoberta de questionamentos até então não levantados.

A população da pesquisa que segundo Yin (2004) é uma unidade de análise, está relacionada com a definição do que o caso é, podendo ser um indivíduo, uma decisão, um programa ou sobre a implantação de um processo e/ou uma mudança organizacional. As definições das unidades de análises estão ligadas à maneira pela qual as questões de estudo foram definidas. Nesse sentido, para viabilizar a pesquisa e aprofundar a compreensão da dualidade de função do gestor da ESF no município em estudo, realizou-se um estudo de caso simples com o gestor de uma Unidade da Estratégia Saúde da Família de um município do Ceará.

Para a coleta de dados utilizou-se como instrumentos: a entrevista semiestruturada, a observação direta e a análise de documentos referentes à organização. Os dados foram obtidos por meios de relatórios gerenciais, arquivos de registros funcionais e internet, assumindo juntamente com a observação, um caráter mais objetivo e concreto. Segundo Trivinus (1994) a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa.

O processo de coleta de dados deu-se da seguinte forma: a organização e o gestor escolhidos foram contatados através de um membro do grupo, com solicitação para a realização da pesquisa e do estágio curricular. Após a resposta favorável, foi marcada a entrevista com o gestor, esclarecendo-lhe a garantia do sigilo em todo processo da pesquisa. A entrevista foi realizada na instituição em hora marcada pelo gestor.

A análise dos dados se deu por meio de método de construção e comparação constante, que consiste em uma metodologia que visa ir além da descrição, exigindo do

pesquisador a tarefa de interpretar os dados, identificar conceitos, categorias e gerar uma teoria (VERGARA, 2005).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabemos que a prática da enfermagem perpassa por quatro atividades essenciais, sendo: assistência, gerência, educação e pesquisa (SPAGNOL, 2005, VIDAL, 2016), as quais não acontecem separadamente.

No entanto, conhecemos que o processo de trabalho em Saúde da Família está previsto como uma prática multiprofissional, e a gerência, construída em equipe (BRASIL, 2006).

Buscamos documentos para nos orientar em nível federal, estadual ou municipal que trouxessem subsídios a esta prática gerencial relacionada tão somente ao enfermeiro, e, encontramos no Guia Prático do Programa Saúde da Família publicado em 2001 uma atribuição específica deste profissional, dentre outras, que diz ser sua responsabilidade “planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF” (BRASIL, 2001f, P. 76). Os aspectos relacionados à gerência não são colocados em nenhum outro documento (exceto neste guia), como de responsabilidade do enfermeiro.

Nos demais documentos consultados do Ministério da Saúde (do período entre 2000 e 2015), não encontramos nada que referenciasse a gerência como processo específico do enfermeiro, pelo contrário, encontramos o processo de trabalho apontado sempre numa perspectiva “em equipe multiprofissional, para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primeiro de atenção” (BRASIL, 2006, P. 11).

Conhecemos nos documentos as primeiras discussões em Aracati a respeito da municipalização iniciada em 1997, conforme registro na ata de nº. 01/1997 do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Durante o período que sucedeu essa reunião, a gestão buscou juntamente com o Conselho, habilitar Aracati na Gestão Plena da Atenção Básica, a qual ampliava responsabilidades municipais nesse nível de atenção, dentre elas assumiria a “gerência de unidades ambulatoriais próprias”, conforme descrito na NOB 01/1996 (BRASIL, 1996a, p. 24).

A municipalização dentro da proposta de reforma administrativa do Estado brasileiro significa a possibilidade de, a partir da saúde, reestruturar a gestão municipal em seu conjunto “em uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente” (ERMEL; FRACOLLI, 2003 APUD VIDAL, 2016, P. 90).

De fato, a municipalização aconteceu em 1998 e conduziu o município a organizar-se para o enfrentamento dos seus problemas de saúde em nível local. Cerca de um

ano após o início desse processo, o Conselho Municipal de Saúde discute a implantação das primeiras ESF, conforme registro em ata de nº. 22/1998.

Assim teve início a implantação do PSF em Aracati, segundo documentos consultados na Secretaria Municipal de Saúde, estando o processo de trabalho das equipes alicerçado nas orientações ministeriais para organização e funcionamento do programa com o objetivo de “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1997b, p. 10).

Correspondia então a um trabalho desenvolvido em área delimitada, previamente mapeada, com população adscrita, contando com equipe multidisciplinar composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares/técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, além dos demais trabalhadores: agente administrativo, vigilante e auxiliar de serviços gerais.

Quanto à gerência no Programa Estratégia Saúde da Família, não identificamos necessariamente nenhum documento descrevendo como a mesma deveria ser. Ela não foi pensada para o Programa e podemos refletir a respeito disso por dois aspectos: primeiro já estava sendo uma “grande novidade” o Saúde da Família, então a preocupação maior, era como “fazer o PSF” e não como “fazer gerência em PSF”.

No entanto, a enfermeira tem sido relacionada constantemente ao trabalho gerencial na Atenção Básica, especialmente no ESF, assumindo a responsabilidade de condução dos trabalhos da equipe e a viabilização dos princípios do SUS. Santos (2007 apud Vidal, 2016, p. 95) sugere que, “além de serem as mais requisitadas para a gerência, também são convidadas para cargos de assessorias em níveis distritais, regionais, municipais, estaduais e até federal”.

Os Relatórios de Gestão consultados (2000 a 2015) mostraram-nos que, ao longo do tempo, essa associação enfermeira/gerência foi se solidificando em Aracati, como que se tornando automático.

A gestão tem identificado nessa profissional o preparo para a coordenação da Unidade Saúde da Família, não identificando outra pessoa, que não seja a enfermeira, ao ponto de se tornar automático a atuação da enfermeira na gerência.

Na fala de nossa entrevistada percebemos que é assim que acontece:

Eu era enfermeira residente e quando terminou minha residência a enfermeira-gestora saiu e eu automaticamente fui colocada para assumir seu lugar. Muitos de nós somos recém-formados e sem experiência para estar à frente de um programa de tamanha relevância, contudo, me dispus a assumir este desafio e enfrentá-lo da melhor forma possível.

A Coordenadora Municipal das Equipes da Saúde da Família no município considera a gerência como automática e inerente à enfermeira na ESF, contudo não como uma designação da gestão, e sim, algo que a própria enfermeira já traz consigo no momento da contratação, de modo que, se torna preferível que a enfermeira assuma a gerência, como visto em sua fala:

É tradicional, nas nossas unidades os gerentes são sempre enfermeiros da unidade. Parece-me que já se [...] sacramentou isso de tal forma que não há nem mudança. Quando há mudança do profissional enfermeiro da unidade há mudança automática do gerente. O médico não assume, o odontólogo não assume, quem assume é sempre enfermeiro. Parece-me que o próprio enfermeiro também já assume essa função, me parece que já está assim escrito para o enfermeiro ou a enfermeira que elas é que tem que assumir a gerência da unidade. Acho que é o perfil do profissional, da própria formação acadêmica, ou por entendimento ou por cultura, não sei. Isso é uma coisa até a ser investigada, você tá me chamando bem atenção sobre isso. Porque já é gerente. Já é gerente. A gente não vê é outra pessoa na unidade que não seja o enfermeiro. A própria gestão do SUS já enxerga [...] simplesmente enxerga. [...] a própria enfermeira quando é contratada, quando ela é nomeada ela já se apresenta pra nós como gerente e nós gestores também já olhamos para essa enfermeiras como gerentes, parece que uma coisa assim que automática tá precisando até ser discutido. Por que essa rapidez com que se absorve essa questão de ser gerente? Qualquer outro profissional da unidade poderia ser o gerente, ou vou mais longe, poderia ter só o profissional gerente.

Na fala encontramos que foi estipulado, delegado, sacramentado que a enfermeira é a gerente da Unidade. Justifica-se esta relação enfermeira-gerência porque é ela quem abraça tudo, tem um olhar mais crítico e mais gerencial do processo, pela formação, pelo domínio das questões organizacionais, pelo cumprimento da carga-horária.

A enfermeira é a gerente da Unidade em Aracati, embora saibamos que, como encontramos na fala anterior, que outro profissional poderia assumir a gerência.

A Resolução de nº. 03/2001 do Conselho Nacional de Educação aponta as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a formação da enfermeira e vemos que esta, deve estar apta para exercer as seguintes competências e habilidades gerais:

Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente. Significa que, em formação, a enfermeira precisará adquirir e/ou desenvolver tais competências, para utilizá-las quando for pertinente e necessário durante o exercício profissional (BRASIL, 2001g, P. 36).

Quando falamos de competências estamos nos referindo a habilidades, atitudes e conhecimentos que juntos possibilitam tomar decisões, agir de forma coerente e resolutiva.

Nota-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais que, das seis competências e habilidades esperadas, cinco estão relacionadas a competências gerenciais.

Não significa que a enfermeira sempre será gerente na equipe multiprofissional, mas que, estando inserida nesse contexto, deve encontrar-se preparada para tal. Ressaltamos que estas mesmas competências, são esperadas de médicos e odontólogos, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais dessas profissões (BRASIL, 2001g; VIDAL, 2016).

Devido à presença das categorias de nível médio, ainda que a enfermeira não assuma, em dado momento, a gerência da equipe multiprofissional, sempre será gerente da equipe de enfermagem. Por conseguinte, têm utilizado na gerência da ESF conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas e desenvolvidas em sua formação que a habilita à gerência da equipe de enfermagem.

Durante a observação, percebemos que a enfermeira permanece na unidade após atendimento e assume demandas que nem sempre são suas, comprometendo-se com a resolução de problemas que oscilam entre questões administrativas/gerenciais e assistenciais.

Já estava quase no fim do experiente quando chegou uma gestante e procurou a enfermeira dizendo que não estava se sentindo bem. A enfermeira/gerente imediatamente foi atender a gestante, mediu a pressão arterial, verificou informações no cartão de pré-natal, fez glicemia capilar, e, não havendo encontrado nenhum agravante, orientou a gestante e deixou-a um pouco em observação, tendo em vista que a mesma ainda estava queixosa. Voltou ao atendimento e entre uma e outra cliente tentava junto ao telefone uma ambulância para levá-la ao Hospital-Maternidade da cidade.

A enfermeira é a mais procurada na unidade pelos usuários, mesmo que não seja uma demanda sua, mas pela presença em todos os horários, ou mais tempo, pelo menos, do que o profissional médico. A enfermeira é uma referência da ESF. Os usuários a identificam como aquela que estará ali na unidade e irá atendê-los. Pelo compromisso com a gerência, a enfermeira acaba que não deixa o usuário sair sem uma solução para o seu problema.

O processo de trabalho gerencial na ESF é desenvolvido por enfermeiras mediante indicação política. Encontramo-nos, portanto, diante de uma contradição: a indicação para a prática gerencial na ESF devido a habilidades e competências e a indicação por ser este um cargo de livre nomeação do gestor municipal.

[...] No momento, a questão da escolha do gerente da ESF é meramente indicação política mesmo. Não foi feito seleção, análise de currículo, nada disso foi feito pra entrar na ESF [...] (Entrevistada).

A gerente da unidade em estudo ocupa um cargo comissionado de livre nomeação do gestor municipal. Pode ser que haja nessa indicação uma “escolha” mediante o perfil do profissional, ou o currículo, porém não há nada definido nesse sentido.

Considerando a extensão e a profundidade tanto da gerência como da assistência, e, ao recorrermos aos estudos existentes sobre a temática, observamos que tanto nas teorias da Administração, como nos textos dos autores que tratam de administração de serviços de saúde, não está previsto que o gerente da instituição/unidade seja, ao mesmo tempo, o operacional. O trabalho desenvolvido dessa maneira favorece risco de prejuízos a alguma dessas funções.

A assistência da enfermeira é representada em saúde da Família pelo atendimento dos usuários, nos mais diversos programas implantados [ações programáticas], tais como pré-natal, planejamento familiar, preventivo, acompanhamento de crianças, adultos e idosos, hipertensos, diabéticos, usuários em tratamento de tuberculose e hanseníase, atividades educativas, visita domiciliar, e outros.

Nascimento (2003 apud Vidal, 2016) relata em seu estudo, que a implementação das ações programáticas na ESF, amplia o atendimento da rede básica de saúde, alcançando a clientela no território de atuação da equipe, com oferta organizada, garantindo assim, melhor acesso da população ao serviço.

Concordamos com esta afirmação, ao tempo em que, consideramos esta ampliação do serviço da enfermeira, um fator condicionante do aumento das atividades, e, conseqüentemente, uma sobrecarga no processo de trabalho, pois ela divide o seu tempo entre gerência e assistência. E, de forma peculiar, essa assistência é feita em todos os programas, diferente da Unidade Básica tradicional, como contempla a fala da entrevistada.

Quando você é enfermeira de um Centro de Saúde, de um Hospital você trabalha em uma função assistencial específica, agora quando você vem para as Unidades Básicas de Saúde a coisa é diferente, tenho que desenvolver todas as atividades sejam elas assistenciais ou administrativas.

A assistência desenvolvida na Unidade pela enfermeira envolve a atenção à saúde nos diversos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, e para isso, mobiliza diversos conhecimentos, assim como habilidades e atitudes.

A Gerência envolve tomada de decisão, flexibilidade em alguns momentos, frieza em outros, um olhar crítico e apurado sobre os fatos, lidar com a ansiedade e as dificuldades de cada membro da equipe e enfrentar dificuldades que o serviço possui. Isso tudo dentro das funções de planejamento, avaliação, organização e supervisão do serviço.

Santos (2007 apud Vidal, 2016) compara a gerência ao Sistema Nervoso, com suas subdivisões em Sistema Nervoso Central (SNC) [que seria a próprio gerente] e o Sistema

Nervoso Periférico (SNP) [representado pelos serviços médico, odontológico, de enfermagem e administrativo], que deve trabalhar em sintonia com o SNC, enviando estímulos por meio de suas ligações.

Para este autor:

O gerente de uma unidade é o que recebe todos os estímulos externos da comunidade atendida e os estímulos internos dos colaboradores [...] compete a ele diagnosticar, planejar, eleger prioridades, orientar; enfim, administrar todos os setores da unidade e todas as variáveis relacionadas à promoção da saúde (VIDAL, 2016, p. 84).

Concentrar a gerência em um nível central na Unidade pode ser um risco ao trabalho em equipe. Poderíamos até dizer que a gerente que assume toda a organização sob os seus cuidados estará sempre sobrecarregada, com risco de não reverter o modelo assistencial e manter-se em um modelo centrado no doente e na busca por cura e nada mais, repleto de normas e padrões que não geram impacto sobre a vida do usuário.

A dinâmica do trabalho nessa dupla jornada da enfermeira busca sempre um equilíbrio entre a dimensão gerencial e assistencial, pois presumem conflitos, transtornos e dificuldades, que ampliam ainda mais a responsabilidade desta trabalhadora.

A entrevistada fala dessa dupla jornada – gerência e assistência – como algo “complicado, pesado”, dado a sobrecarga de atividades, o “malabarismo que tem que ser feito para corresponder às demandas que estas funções exigem”.

Conforme esta fala, o processo de trabalho do gerente é complicado, ou torna-se complicado, à medida que não há tempo para executar todas as ações que deveriam ser feitas, tanto da gerência como da assistência. Pela escassez de tempo ou seria excesso de atividades, a enfermeira acaba diminuindo o momento das consultas, prejudicando a assistência, ou deixa de fazer planejamento, supervisão, organização da unidade, prejudicando a gerência.

Nossa entrevistada cita a falta de tempo para estar em todos os lugares da unidade. Contudo pensamos, não é a falta de tempo apenas, é impossível estar em todos os setores de uma única vez. O gerente poderia ter todo o tempo disponível, mas encontrar-se na vacina, na farmácia, na reunião da secretaria, na realização do preventivo, na visita domiciliar, na organização da feira de saúde do bairro, saber do que o ACS está desenvolvendo em suas visitas, realizar uma supervisão na área, tudo isso ao mesmo tempo, não é possível.

Uma maneira para realizar esta proeza, seria por meio de uma gerência participativa, com divisão de responsabilidades e tarefas, na qual, cada membro da equipe seria parte integrante das decisões e não apenas cumpridores de ordens. O olhar não seria

apenas da gerente, mas de todos os membros da equipe que compartilhariam do processo de trabalho.

Gerenciar e assistir, concomitantemente, sempre resultará em algum desequilíbrio nos produtos finais almejados nesse processo de trabalho marcado por uma sobrecarga do profissional. Vidal (2016) lembra um sentimento de imobilismo e de impotência, dadas as dificuldades e as limitações da prática gerencial.

A enfermeira na Estratégia Saúde da Família fica com a responsabilidade para si, não apenas da gerência que está relacionada à sua prática assistencial, mas também da gerência que proporciona um ambiente favorável à assistência dos demais membros da equipe. Desse modo como está estruturada a gerência, teria que estar um “pouquinho dela” em cada lugar da unidade e isto é um “malabarismo impossível” que ela tem que fazer.

No dia-a-dia da enfermeira gerente ela chega à unidade e ocupa-se de atividades assistenciais. Os usuários já agendados [oferta organizada] a aguardam para atendimento. Ela atende [atuando como enfermeira], mas ao mesmo tempo, ela também resolve demandas gerenciais da unidade [atuando como gerente], sabe quem está de férias, quem veio trabalhar, responde ao técnico de enfermagem sobre dificuldades na triagem. Recebe telefonema da Secretaria Municipal de Saúde, ocupa-se dos problemas no agendamento de exames no sistema *online* da central de marcação (VIDAL, 2016).

O foco da atuação da enfermeira é a assistência, mas na Estratégia Saúde da Família há uma sobreposição entre esta e a gerência, de forma que não há como manter-se focado apenas na assistência, ou priorizá-la, porque ainda quando a enfermeira está na prática assistencial, ela é identificada como gerente, e dessa forma é solicitada/identificada. Ainda há outro diferencial, a gerência a que estamos nos referindo é a gerência da Unidade Saúde da Família, não apenas gerência do cuidado feita pela equipe de enfermagem. Vários estudos falam da gerência da enfermeira, como os de Benito e Becker (2007 apud Vidal, 2016), mas enfatizam a gerência da assistência de Enfermagem.

Não estamos falando apenas do domínio de técnicas gerenciais reconhecidas em disciplinas de administração, mas nos referimos ao desenvolvimento de habilidades gerenciais, para a condução de uma equipe multiprofissional e também, à habilidade para mobilizar conhecimentos e atitudes que concretizem o Programa Estratégia Saúde da Família e a equipe, para que, por fim, cumpra seu intento de reorganizar a Atenção Básica. Deve-se ainda encontrar um equilíbrio entre a prática gerencial e a assistencial.

Enquanto a enfermeira se ocupa de “tomar conta de tudo”, desperdiça a oportunidade de estar junto à equipe gerenciando a Unidade para um trabalho de qualidade,

voltado ao conhecimento da realidade local e organização do serviço, que resulte na produção do cuidado - produto almejado no processo de trabalho em saúde.

A enfermeira faz todas essas atividades e trata-as como de fato suas. Como foi preparada em sua formação para gerenciar e traz um perfil de comando, ainda que se encontre sobrecarregada, ela continua fazendo. E todos – gestão e usuários – e também a enfermeira gerente, entendem que é papel da enfermeira cuidar de todas as coisas. Essa “muita coisa” que a gerente faz, acontece na Unidade, porque tudo está centralizado na gerente.

Complementando essas atividades descritas acima, encontramos outras que envolvem o preenchimento de papéis e que ocupam em boa parte o tempo do gerente: encaminhamentos, recolhimento da produtividade do ACS, atestar frequências dos funcionários, escala de férias, folgas de funcionários, elaboração, recebimento e encaminhamento de ofícios, (re) pedido de material. Demonstrem uma centralização das atividades na enfermeira.

A enfermeira trabalha sob ordens da Secretaria e com as ferramentas que dispõe. Esta ausência de normas gera certa autonomia às gerentes, e, ao mesmo tempo resulta, em várias gerências, cada uma exercendo com o que sabe, com o que dispõe e como pode. E, a equipe também, como não dispõe de algumas respostas (quem vai fazer, quando, aonde?). Na dúvida, recorre a quem? A gerente está com a responsabilidade em suas mãos, então absorve sempre, encaminhamentos, priorização de usuários, capacitações, fiscalização até do pessoal da limpeza da unidade.

As atividades gerenciais na Estratégia Saúde da Família estão concentradas na pessoa da enfermeira gerente e extrapolam o seu “fazer”, pois “tudo” que se diz ser gerência, implicando ou não na efetivação do cuidado, trazendo resolutividade ou não ao serviço da unidade recai sobre a gerente. Há uma verticalização dessa gerência que tem início na Secretaria de Saúde e tem continuidade na Unidade de Saúde, a começar pela própria gerente. Esta, buscando uma relação harmoniosa com a gestão e com a unidade e comunidade, posiciona-se como aquela que tem que “resolver” todas as coisas e de quem dependem os encaminhamentos e soluções dos problemas que surgem.

Com este estudo percebemos que há uma intenção positiva sobre gerência na Unidade de Saúde. Os envolvidos em seus espaços constituídos têm buscado o funcionamento da Unidade de Saúde da Família de forma adequada. Contudo, ainda há muitos obstáculos a serem superados, principalmente se considerarmos a necessidade e importância de uma gerência participativa e desburocratizada.

6 CONCLUSÃO

Estivemos tratando de assunto relacionado ao Programa Estratégia Saúde da Família, e, quando nos reportamos a este, estamos falando de avanços de uma proposta para a Atenção Básica. Mesmo diante dos entraves para a sua consolidação, que perpassam por questões relacionadas a financiamento, recursos humanos, formação e contratação dos trabalhadores, e outras, o Programa tem sido considerado uma significativa estratégia para a (re) modelagem da porta de entrada do usuário ao sistema.

Sabemos que, desde sua implantação (1994), muito se caminhou em busca de melhorias e adequações para a implantação de um modelo de atenção, capaz de reverter o quadro de inoperância existente no Brasil quanto aos serviços básicos. A sua conformação trouxe vários desafios, incluindo os relacionados aos modos de gerência do processo de trabalho, em uma perspectiva que favorecesse a efetivação dos princípios do SUS.

Ainda não foi pensado um sistema gerencial para as Unidades Básicas de Saúde, mas considerando a estrutura do programa, acreditamos que uma gerência compartilhada entre os membros da equipe, com divisão não apenas de tarefas, mas também de responsabilidades (corresponsabilidade), com autonomia para tomada de decisões e organização interna de acordo com as demandas da comunidade.

Foi possível identificar que no Programa Estratégia Saúde da Família em Aracati, há uma relação automática da gerência com a enfermeira, que por sua vez, ocupa um cargo comissionado de livre nomeação do gestor municipal e é feita paralela às ações assistenciais na Unidade. Acreditamos que estes fatores interferem sensivelmente na gerência e a delinham, tanto na sua operacionalização, como na manipulação e insegurança que o cargo/indicação pode proporcionar.

Vimos uma estreita ligação entre a gerência que é desenvolvida na USF, com a gestão, situada na Secretaria Municipal de Saúde, que dá a direção a ser seguida pela enfermeira na Unidade, como se houvesse uma linha vertical, pela qual trafega o fluxo da organização do processo gerencial. Deste modo, há tanto uma centralização da gerência na enfermeira da Unidade [com relação à responsabilidade pelo trabalho da equipe], como uma centralização do processo pela Secretaria de Saúde [com relação à tomada de decisões e condução].

Vimos também que a gerência de Unidades de Saúde da Família se constitui em um espaço conquistado pela enfermeira, e por isso, acreditamos que deva ser aproveitado de uma melhor forma, a partir de uma nova compreensão do processo de trabalho gerencial e

uma adequação para uma gerência mais participativa, voltada à implementação de ações que gerem como resultados a produção do cuidado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família.

A enfermeira detém conhecimentos e habilidades, dada a sua formação, para atuar como gerente. Gosta e quer ser gerente, consegue estabelecer vínculos com a comunidade, media a relação equipe-secretaria-usuário, atua junto ao Agente Comunitário de Saúde, domina determinados conteúdos do processo de trabalho da equipe, que associados ao seu conhecimento de administração e trabalho coletivo, dão todo um suporte para estar à frente, em exercício da liderança.

Observamos uma sobrecarga no trabalho da enfermeira por dividir-se entre ações gerenciais e assistenciais. Há muitos conflitos margeando o trabalho gerencial, que, por vezes, geram a perda do foco pela gerente, que se encontra da seguinte maneira: de um lado os usuários do serviço (com suas necessidades e interesses, voltados à sua saúde); do outro, gestores (ávidos pelo cumprimento de normas e alcance de metas, com seus interesses, voltados à máquina administrativa).

Enquanto o usuário deseja o atendimento, o remédio, a consulta (e para isso a Unidade necessita da gerência), a Secretaria almeja a produção, os relatórios, as planilhas (e para isso a Unidade necessita da gerência). A enfermeira permanece no centro mediando as relações e buscando atender às exigências tanto de um lado como do outro, tendendo, muitas vezes, mais à gestão do que aos usuários (ponderando os prejuízos que o não cumprimento de algumas ações pode causar).

Quanto às atividades gerenciais, das quais a enfermeira gerente mais se ocupa, vimos que estão relacionadas a preenchimento de relatórios, cadernos/livros, acompanhamento dos funcionários (faltas, férias, folgas), voltadas ao controle e comando da Unidade. A sobrecarga com questões de ordem burocrática dificulta a execução tanto da gerência [no sentido de suas ações de planejamento, avaliação, supervisão, coordenação], como da assistência [no sentido de estreitamento de consultas e diminuição do tempo com o usuário] para dar conta do trâmite burocrático.

Observamos que a enfermeira vê-se sobrecarregada, mas não é só de gerência e assistência, é de tudo aquilo mais que ela tem assumido como seu papel, e que, na verdade, não diz respeito ao trabalho gerencial em si.

Um dos caminhos identificados para modificar o processo de trabalho gerencial, nos mais diversos trabalhos lidos e pesquisados é a implementação de uma gerência

participativa, que integre a equipe não apenas nas atribuições, mas na responsabilidade, dividindo tarefas e compromisso com a Unidade e seu funcionamento.

Nesse estudo, foi possível identificar vestígios de uma gerência participativa e democrática, mas não basta apenas a intenção da enfermeira, ou a “boa vontade da equipe”, faz-se necessário uma política institucional vinda da gestão, que assegure a participação dos membros da equipe na gerência da Unidade.

Enquanto a gestão só visualizar a enfermeira gerente, e a esta, se reportar para a organização, coordenação, planejamento e avaliação do processo, o trabalho gerencial coletivo não acontecerá. O olhar da gestão precisa ser ampliado sobre a gerência em Saúde da Família, para que contemple um processo de trabalho coletivo,

O processo de trabalho da equipe de Saúde da Família precisa acontecer, e não simplesmente para o cumprimento de normas, preenchimento de papéis, mas para modificar realidades, promover saúde e prevenir os agravos, proporcionar a cura e a reabilitação (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, os usuários precisam estar mais participativos nas decisões da Unidade de Saúde e passarem a conhecer melhor o processo de trabalho da equipe e da gerência. Frequentar e/ou reativar as reuniões do Conselho Local de Saúde, fortalecendo o Controle Social na área de abrangência. Participar junto à equipe na organização, planejamento, avaliação, fazendo parte do contexto do programa e exercendo seu papel de cidadão e construtor do SUS, como assim assegura a nossa legislação.

Compreender o processo de trabalho gerencial nos coloca diante de alguns desafios, e o primeiro deles pode ser chamado de gerenciar com liderança. Estamos sensibilizados quanto à necessidade de mais do que enfermeiras-gerentes, e sim, enfermeiras-líderes, que motivem a equipe, mobilizem forças e determinação para a realização do trabalho. Enfermeiras que saibam manusear as ferramentas da articulação entre os diferentes atores, das relações e dos conflitos.

O segundo desafio seria a construção de uma gerência centrada e não centralizada, com responsabilização de todos, na qual a pessoa da gerente não significa aquela que decide, aquela que dá a última palavra, mas sim, aquela que em conjunto com a equipe, usuários e gestão conduz o processo para o alcance da resolutividade nas necessidades de saúde da população adscrita, edificando uma gerência mais coesa, forte e participativa.

O terceiro desafio seria romper com o tradicionalismo que ainda impera nos modos de gerenciar os serviços de saúde. Transformar a gerência em um prazer, em uma tarefa agradável, não pesada, não sobrecarregada, nem um “malabarismo”, nem um “apagar

de incêndios”, nem tampouco que necessite de “mágica” para acontecer. Que haja resultados, dedicação, para o cumprimento do intento de (re) organizar a Atenção Básica, pois acreditamos que uma prática gerencial reestruturada tem potencial para isso.

Que sejam instituídos diálogos em Aracati sobre gerência, sobre modos de se fazer Saúde da Família, sobre Controle Social, sobre gestão. Que sejam discutidas maneiras de fazer com que o trabalho deixe de ser um peso e passe a ter visibilidade e bons frutos, tanto para a gerente, como para a equipe de saúde, a Secretaria e os usuários do serviço.

O quarto e último desafio, e talvez o mais difícil de ser superado, diz respeito à fragilidade no vínculo empregatício da gerente. Acreditamos que a gestão deva considerar a importância da gerência em Saúde da Família e pensar em um modo de resolver o problema da fragilidade nas contratações, pois a que encontramos, permite uma gerência frágil e torna o trabalho vulnerável. Este desafio, talvez seja muito maior do que o próprio município possa resolver, pois perpassa pela estrutura do SUS, que não incluiu os seus trabalhadores em uma política de pessoal. Mas estas questões podem e devem ser discutidas sim, para possivelmente serem resolvidas. Um pouco de boa vontade e bom senso, ajudará a elucidar a problemática e encontrar a solução.

Contudo, acreditamos que a gerência, dada a sua importância e localização como atividade-meio, que tem ganhado visibilidade nas reformulações das práticas de saúde, passará a conviver com modelos mais participativos e democráticos, coincidindo com a proposta de (re) organização da assistência na Atenção Básica.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social a Saúde. **ABC do SUS**. Doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N°. 1882**, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição, Brasília-DF, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília-DF: MS, 1999a.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES N° 4, de 7 de Novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina. Brasília (DF), 2001f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4 ed. Série E: Legislação de Saúde. Série Pacto Pela Saúde, 2006. Brasília: MS, 2006.

FERREIRA, Fernanda de Amorim. **Gerenciamento: O enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Sete Lagoas, 2011. 30p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:p7j3qO3kEs0J:www.webartigos.com/artigos/gerenciamento-o-enfermeiro-na-estrategia-de-saude-da-familia/82803/download>. Acessado em: 19/04/2016.

MAGALHÃES. Roberta Viegas. Os desafios da prática do enfermeiro inserido no Programa Saúde da Família. Trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica da Família. UFMG. 2010.
Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2416.pdf>. Acessado em: 22/02/2016.

PETERLINI. Olga Laura Giraldi. **Cuidado gerencial e gerência do cuidado na interface da utilização do sistema de informação em saúde pelo enfermeiro**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná. 2004. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/ppgenf/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/15.pdf>. Acessado em: 28/01/2016.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas S.A., 1994.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIDAL. Lúcia Marques. **Processo de Trabalho na Prática Gerencial: desafios para um novo 'fazer' em Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). 2010.

Disponível em: <http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma1/Vidal.pdf>. Acessado em: 18/05/2015.

XIMENES NETO, F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. **Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. Enferm. [online]. 2008, vol.61, n.1, pp. 36-45. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000100006&scrip>. Acessado em 13/05/2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.