



Fernanda Christine Dutra Bastos

Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2020

Fernanda Christine Dutra Bastos

Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B327d Bastos, Fernanda Christine Dutra.
Desenvolvimento de competências gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro / Fernanda Christine Dutra Bastos. -- 2020.
113 f. : il. ; tab.

Orientadora: Maria Inês Carsalade Martins.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Organização e Administração. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Competência Profissional. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Centros de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.10425098153

Fernanda Christine Dutra Bastos

Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 13 de maio de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Silva Arruda Lamarca
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Regina Ferro do Lago
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dr.^a Inês Carsalade Martins (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus, por essa oportunidade tão grandiosa na minha vida profissional e acadêmica.

Ao meu esposo Maurício Ramos, pela compreensão, muito apoio e amor, e por me acompanhar nesses dois anos intensos de muita dedicação.

Agradeço aos meus pais Otto e Lúcia, e ao meu irmão Alex, pela torcida e por acreditarem no meu sucesso. Especialmente à minha mãe, que sempre me amparou com suas orações.

Agradeço aos colegas de mestrado, em especial Bruna, Ana Carolina e Alessandra Mattos, pelo apoio nas disciplinas, e escuta durante todo esse percurso.

Agradeço aos colegas da Organização Social Viva Rio, onde trabalhei durante todo o período de mestrado e recebi grande apoio para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço aos gerentes das unidades de atenção primária que participaram do estudo, com seriedade, parceria e que deram todo o apoio para realização dessa pesquisa. Eles foram fundamentais para a construção desse conhecimento!

Agradeço à minha orientadora Maria Inês Carsalade Martins, que me apoiou e me ajudou de forma fundamental no desenvolvimento desta caminhada.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Com o Sistema Único de Saúde (SUS), há uma importante mudança na organização e estrutura dos serviços de saúde no Brasil, com o intuito de oferecer acesso a todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros. A Estratégia Saúde da Família tem se difundido na maior parte dos municípios brasileiros, e se caracteriza como sendo a porta de entrada da população à rede de serviços de saúde do SUS. Esse cenário contribuiu para que a ESF se consolidasse como ação prioritária para o fortalecimento e reorganização da Atenção Básica no Brasil. Ao assumir o planejamento, gestão e execução dos serviços, processo de descentralização do SUS, os municípios passaram a necessitar da atuação de um número progressivamente maior de gestores de saúde implicados com a organização da assistência, com a responsabilidade de gerir ações nos serviços de saúde, que garantam a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. Esse estudo foi realizado com o objetivo de analisar a prática gerencial com a identificação das competências gerenciais fundamentais para a ocupação no cargo e propostas para desenvolvê-las no cotidiano de trabalho dos gerentes. O método utilizado foi a pesquisa-ação, com um grupo de 12 gerentes do município do Rio de Janeiro, que participaram dos grupos focais para discussão do tema. Os resultados apontam para um perfil gerencial em sua maioria mulheres, com idade entre 30-40 anos, enfermeiros, pós-graduados na área de saúde pública/coletiva, e com tempo de experiência na gestão entre 5 a 7 anos. Nota-se que para o gerenciamento das UAPs as competências gerenciais como: liderança, flexibilidade, comunicação, participação, negociação, são tão importantes quanto as habilidades técnicas da área, e que, portanto, devem ser desenvolvidas em espaços de educação permanente que possibilitem o aprendizado, a partir do cotidiano de trabalho desses profissionais.

Palavras-chave: Gerência, Administração dos Serviços de Saúde, Competência Profissional, Atenção Primária à Saúde, Centros de Saúde.

ABSTRACT

With the Unified Health System (SUS) there is an important change in the organization and structure of health services in Brazil, in order to offer access at all levels of assistance to all Brazilian citizens. The Family Health Strategy has spread to most Brazilian municipalities and is characterized as being the gateway for the population to the SUS health service network. This scenario contributed for the ESF to consolidate itself as a priority action for the strengthening and reorganization of Primary Care in Brazil. When assuming the planning, management and execution of services, a process of decentralization of the SUS, the municipalities started to need the performance of a progressively larger number of health managers involved with the organization of assistance, with the responsibility of managing actions in health services that guarantee the implementation of a regionalized, hierarchical and participatory system. This study was carried out with the objective of analyzing managerial practice with the identification of the fundamental managerial competencies for the occupation in the position and proposals to develop them in the managers' daily work. The method used was action research, with a group of 12 UAP managers in the city of Rio de Janeiro, who participated in the focus groups to discuss the topic. The results point to a managerial profile mostly women, aged between 30-40 years, nurses, post-graduates in the public / collective health area, and with experience in management between 5 to 7 years. It is noted that for the management of UAPs, managerial skills such as: leadership, flexibility, communication, participation, negotiation, are as important as the technical skills of the area, and therefore must be developed in permanent education spaces that enable learning, from the daily work of these professionals.

Keywords: Management, Health services administration, Professional Competence, Primary Health Care, Health centers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Quadro síntese das competências na categoria Processo de Trabalho em Saúde.....	48
Quadro 2- Quadro síntese das competências na categoria Gestão das Linhas de Cuidado Integral.....	64
Quadro 3- Quadro síntese das competências na categoria Planejamento, Monitoramento e Avaliação.....	68
Quadro 4- Quadro síntese das competências na categoria Gestão do Conhecimento.....	71
Quadro 5- Quadro síntese das competências na categoria Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos Profissionais.....	44
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CAP	Coordenadoria de Área de Planejamento
CF	Clínica da Família
CMS	Centro Municipal de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OSS	Organização Social de Saúde
OS	Organização Social
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SAP	Superintendência de Atenção Primária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	GERAL.....	24
2.2	ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1	O NOVO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	25
3.2	GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	31
3.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS.....	33
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.2	COLETA DE DADOS.....	38
4.3	ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	41
4.4	PROCESSO DE ANÁLISE.....	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES.....	44
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	48
5.2.1	Gestão do Processo de Trabalho em Saúde.....	48
5.2.2	Gestão das Linhas de Cuidado Integral.....	64
5.2.3	Planejamento, Monitoramento e Avaliação.....	67
5.2.4	Gestão do Conhecimento.....	71
5.2.5	Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICE A.....	92
	APÊNDICE B.....	93
	APÊNDICE C.....	95
	APÊNDICE D.....	97
	APÊNDICE E.....	103
	ANEXO A.....	105
	ANEXO B.....	109
	ANEXO C.....	111

APRESENTAÇÃO

Minha motivação para a escolha do tema do estudo a ser desenvolvido, tem íntima relação com a minha trajetória profissional que se iniciou em 2010 como gerente¹ de uma unidade de Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, no bairro do Complexo do Alemão na Área de Planejamento 3.1. Sou dentista de formação, e minha trajetória acadêmica se iniciou na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Em seguida, cursei o terceiro ano da Residência em Gestão da Atenção Básica, e agora concluo o Mestrado Profissional em APS, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

A atuação na gestão local por um ano me proporcionou conhecer o processo de trabalho das equipes, os equipamentos intersetoriais, a rede de cuidados do território, e desenvolver um trabalho para o fortalecimento do vínculo da unidade de saúde com o usuário, valorizando os espaços de construção coletiva.

Em 2011, passei a exercer o cargo de Assessora Técnica em Saúde da Organização Social Viva Rio, que compõe a Coordenação de Atenção Primária e Saúde Mental da OSS, tendo como principal atribuição acompanhar o desempenho das unidades de APS da Área de Planejamento 3.1, por meio do apoio técnico para os gerentes e equipes de saúde; elaboração e implantação de diretrizes que favoreçam a assistência e realização de treinamentos técnico-assistenciais relacionados aos contratos de gestão.

O trabalho da assessoria consiste em monitorar a matriz de indicadores do contrato de gestão firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Organização Social, assim como apoiar as unidades de saúde a desenvolverem boas práticas clínicas orientadas por protocolos do Ministério da Saúde e da SMS/RJ. O assessor técnico atua como referência para um conjunto de unidades, e o acompanhamento do desempenho é realizado por meio de um plano de visitas, apoio remoto e relatoria do monitoramento dos indicadores junto aos gerentes.

A partir do monitoramento dos indicadores, a equipe de Assessoria Técnica em Saúde realiza a avaliação, a análise e o planejamento de intervenções para melhoria da qualidade dos processos e resultados das equipes de saúde. O estabelecimento de vínculo entre área técnica, gerentes e demais profissionais das equipes, assim como o conhecimento aprofundado das

¹ O cargo de Gerente na Estratégia de Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro foi criado a partir do ano de 2010, com o início dos contratos de gestão entre a Prefeitura e as Organizações Sociais. A explicação com maior detalhamento será exposta na Introdução deste estudo.

especificidades de cada unidade de saúde e território, facilita o trabalho cooperativo e a adesão às metodologias propostas.

Minha aproximação com o processo de trabalho gerencial, levou-me a refletir sobre a importância desse profissional nas unidades e a necessidade de discussão da sua prática, ampliando o conhecimento das suas competências, assim como estratégias de desenvolvê-las para a qualificação da gestão local.

Destaco como experiência exitosa, que também contribuiu para a realização desse estudo, minha participação no grupo de trabalho da Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SAP/SMS-RJ), na construção do Curso de Qualificação para Gestores da Atenção Primária em Saúde, no ano de 2016. Como facilitadora do curso, me deparei com diversas questões levantadas pelos gerentes que atuam nas diferentes Áreas de Planejamento (AP)² do município, o que me despertou interesse em aprofundar o estudo sobre o trabalho gerencial a partir da vivência desses profissionais.

Portanto, a intenção foi desenvolver um estudo com a participação dos gerentes das unidades de atenção primária, sendo eles os protagonistas, o que gerou um conhecimento importante e necessário para a qualificação das práticas gerenciais, fortalecendo a APS do Município.

² Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do Estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP). (SMS, 2013).

1 INTRODUÇÃO

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, foi marcado por medidas do governo federal que estimulavam a descentralização de ações e serviços de saúde em nível municipal. Ao longo dos anos de 1990 e 2000, destacaram-se duas diretrizes que contribuíram para a definição do modelo de atenção no SUS, imprimindo características muito específicas à reforma do sistema de saúde nacional.

A Norma Operacional Básica -NOB³ SUS n.01/96 foi uma das principais medidas do Ministério da Saúde (MS) com priorização do Programa Saúde da Família (PSF) que se caracteriza pela abordagem familiar e comunitária como centro da organização da atenção, sendo uma proposta para reorientação das práticas em saúde na Atenção Básica nos sistemas municipais. Na década de 2000, o programa proposto pelo MS foi se tornando cada vez mais atrativo para os municípios e teve consequente aumento da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família, demonstrando a grande relevância da proposta para a Atenção Primária na agenda decisória da política de saúde nacional (FAUSTO; ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz uma importante mudança na organização e estrutura dos serviços de saúde no Brasil, na medida em que se pauta nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e nas diretrizes da descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade. Isso significa que a rede de serviços de saúde precisa estar organizada com o intuito de oferecer acesso em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, possibilitando a participação da população na definição, monitoramento e execução das políticas de saúde (ESCOREL et al.,2007).

Para Fausto, Almeida e Bousquat (2018), à medida em que a Atenção Primária em Saúde (APS) foi sendo implantada nos municípios brasileiros, os atributos como conformação de uma porta de entrada preferencial, ampliação do acesso, aumento da cobertura e descentralização das ações e da gestão foram se fortalecendo, e a atenção básica se consolidando como estratégia prioritária para a reorientação do modelo de atenção à saúde no território nacional.

³ A Norma Operacional Básica 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os Municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e Municípios. (BRASIL, 1996).

Em 2001, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS n.01/01⁴, trazendo a ideia de regionalização com o objetivo de proporcionar equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção da rede (BRASIL, 2001). A esse processo de investimento do MS à regionalização da assistência para fortalecer a atenção primária e garantir a universalização e integralidade das ações no SUS, soma-se o Pacto pela Saúde (2006)⁵ que se destaca como importante diretriz para o desenvolvimento da institucionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que instituiu a Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica, como a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2006)⁶.

O Pacto pela Saúde (MS, 2006), além de definir importantes prioridades para o fortalecimento da APS no país, voltadas para a qualificação da gestão, permanência do compromisso com as diretrizes e princípios do SUS e a organização da atenção à saúde, teve como parte das estratégias a instituição da PNAB (BRASIL, 2006).

Esse cenário contribuiu para que a Estratégia Saúde da Família (ESF) se consolidasse como ação prioritária para o fortalecimento e reorganização da Atenção Básica no Brasil. Com isto, observou-se a adesão dos municípios à proposta da ESF ampliando as ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, de maneira a oferecer atenção integral aos usuários com potencial de impactar a situação de saúde e autonomia das pessoas, e nos determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL,2006).

A Estratégia Saúde da Família tem se difundido na maior parte dos municípios brasileiros e se caracteriza como sendo a porta de entrada da população à rede de serviços de

⁴ Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (BRASIL, 2001).

⁵ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A implementação do Pacto pela Saúde ocorre por meio da adesão destas três esferas ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), sendo renovado anualmente com estabelecimento de metas e compromissos para cada ente. Tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados e a garantia de acesso a toda população com qualidade e eficiência. (BRASIL,2006).

⁶ A Política Nacional de Atenção básica (PNAB/2006) instituiu a Estratégia de Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL,2006).

saúde do SUS, sendo o seu núcleo formado por uma equipe multiprofissional composta de um médico, um enfermeiro, e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes atuam em território definido como base para o planejamento e desenvolvimento de ações, com uma população adscrita, desenvolvendo vínculo e corresponsabilização pela atenção às necessidades que se apresentam no território. Ofertam ações individuais e coletivas, e devem se responsabilizar pelo encaminhamento para os outros níveis de atenção do sistema e pelo cuidado longitudinal dos pacientes (FAUSTO; ALMEIDA & BOUSQUAT, 2018).

No processo de implementação do SUS, na década de 1990, o princípio da descentralização provocou profundas mudanças no âmbito da organização e gestão dos serviços de saúde, principalmente por ser atribuída aos municípios a transferência de decisões e ações antes centralizadas (ROMAGNOLLI; CARVALHO & NUNES, 2014).

Reforçando essa discussão, Fleury (2014) afirma que, nesse processo, os municípios assumiram, em sua grande maioria, os serviços de Atenção Básica. Ao assumir o planejamento, gestão e execução dos serviços, os municípios passaram a necessitar da atuação de um número progressivamente maior de gestores de saúde em seus quadros.

Fausto, Almeida e Bousquat (2018) complementam que a descentralização no processo de construção do SUS, é visto como estratégia central para introdução de novos atores sociais, com o estabelecimento de relações entre os níveis de governo, serviços e instituições.

Entendendo que o modelo de atenção orienta as ações de saúde em uma determinada sociedade, ao iniciar esse estudo é necessário comentar sobre a organização e formas de gestão dos serviços de saúde que vem sendo regulados pelo Estado, a fim de entender como está estruturado o trabalho da APS no Município do Rio de Janeiro, com a inserção da figura do gerente de unidade e o papel do Estado neste novo modelo de gestão.

No Brasil, a reestruturação do Estado, iniciada em meados de 1990, caracterizou-se por uma focalização das políticas sociais, relação com o setor privado, redução do tamanho do Estado e descentralização da execução das políticas na saúde, com conseqüente diminuição do seu papel na execução e prestação de serviços. O Estado passa a ter a função de regulador e contratante do setor privado para prestação de serviços públicos, como a Saúde.

A mudança no modelo de gestão das instituições do Estado, foi fortemente influenciada pela Nova Gestão Pública, que induziu a formalização dos contratos de gestão e novos papéis para a gestão pública (SANTOS et al., 2015).

Assim, são introduzidos diferentes arranjos institucionais na relação de contratação com o setor privado e demais formas de organização da sociedade, com naturezas jurídicas distintas que passam a ofertar serviços públicos, estabelecer novas regras, adotar uma gestão focada em

resultados, o que implica em mudanças significativas nos processos de trabalho dos serviços públicos em geral (SANTOS et al., 2015; TEIXEIRA, MATTA & SILVA JUNIOR, 2018).

Entre os modelos de administração alternativos à gestão direta do Estado, destacam-se as Organizações Sociais- OS (lei n.9637/1998), as Fundações Estatais de Direito Privado- FEDPs (PL n.92/2007), e as Organizações da Sociedade Civil- OSCs (lei n. 13.204/2015), que têm ganhado espaço principalmente na saúde, em razão das dificuldades e desafios que os municípios têm enfrentado na implantação e ampliação da cobertura da Atenção Primária (TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018).

Esses novos atores passam a fazer parte do cotidiano do SUS e demandam uma nova postura do Estado diante desse novo processo de relações entre o público e o privado e a adoção de mecanismos de mercado na gestão pública. Esse atual desenho para a gestão, coloca o Estado com uma função essencial de regulação, responsável por reger padrões de contratos que garantam serviços públicos de qualidade para a população (SANTOS et al., 2015).

É neste contexto que o MRJ, em 2009, adota um novo modelo de gestão dos serviços de saúde por meio das Organizações Sociais em Saúde (Lei Municipal N°. 5026, 2009). Com esta nova estrutura gerencial, a SMS-RJ inaugura um modelo de gestão compartilhado, orientado por contratos de gestão voltado para resultados, com o objetivo de promover maior eficiência na condução das ações e na administração dos serviços de saúde.

O MRJ, em 2008, tinha uma baixa cobertura dos serviços de primeiro nível de atenção, 3,5% da população, e menor financiamento municipal entre as capitais do País. A cidade do Rio de Janeiro iniciou sua reforma em abril de 2009, inspirada na Reforma dos Cuidados Primários de Portugal a partir de três eixos de ação: reforma administrativa, modelos organizacional e de atenção. Foram criados os Centros Municipais de Saúde (CMS) e as Clínicas da Família (CF), que sofreram reformas na sua estrutura física (SORANZ & PISCO, 2017).

Os CMS oferecem serviços de atenção primária assim como as CF, como consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, atendimento de saúde bucal, exames laboratoriais, vacinação, atendimentos para todos os ciclos de vida. Se diferenciam pela estrutura física em relação às CF, que representam a reforma da Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro, mas possuem a mesma composição da equipe multidisciplinar e disponibilizam os mesmos serviços de atenção primária para a população. As CFs e os CMS são classificadas como unidades Modelo A, onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família. Já as

unidades Modelo B, ou mista, somente parte do território é coberto pela saúde da família⁷ (SMS-RJ, 2011).

Segundo Soranz e Pisco (2017), os objetivos da reforma da atenção primária foram aumentar a acessibilidade e satisfação dos usuários; aumentar a satisfação dos profissionais; proporcionar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados oferecidos e aumentar a eficiência nos serviços.

Durante esse processo de Reforma da APS, Soranz, Pinto e Penna (2016) destacam que ocorreram importantes mudanças no organograma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde-RJ (SMS-RJ), a aposta em um novo modelo de gestão por resultados por meio de indicadores clínicos dos prontuários eletrônicos, ações e procedimentos padronizados para todas as unidades.

Dentro desse contexto de gestão da APS, insere-se a figura do gerente de unidade, que precisa desenvolver habilidades no campo gerencial para dar conta da complexidade do setor saúde e das demandas do modelo de Atenção à Saúde no MRJ.

Segundo Maffei (2011), o cargo de gerente nas unidades de atenção primária foi criado através da parceria com a SMS-RJ e as Organizações Sociais (OS). Este profissional seria responsável pela gestão das Unidades Básicas de Saúde(UBS), que vai desde a responsabilização pela infraestrutura das instalações da unidade, organização dos fluxos assistenciais, gestão dos trabalhadores e do processo de trabalho das equipes, criação de um bom ambiente de trabalho até a realização de tarefas burocráticas voltadas para o campo da administração e monitoramento de metas pactuadas (FRANCO; SANTOS & SALGADO,2011).

A PNAB não mencionava o cargo do gerente na estrutura da atenção primária em saúde. Em 2017, com a reformulação da PNAB, portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017, recomendou-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica, segundo a necessidade do território e cobertura de AB, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas unidades.

As principais atribuições dos gerentes trazidas no documento de reformulação da PNAB, ocorrida em 2017(Portaria N.2436), que constam no Anexo A deste trabalho, enfatizam o papel gerencial nas seguintes ações: divulgação junto aos demais profissionais, das diretrizes

⁷ Quanto aos modelos de atenção, as unidades da Atenção Básica do município são classificadas em: Unidades tipo A onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; Unidades Mistas ou tipo B onde somente parte do território é coberto pelo Saúde da Família e Unidades tipo C onde ainda não há equipe de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido (SMS, 2011).

e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual e municipal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na unidade; Participação e orientação no processo de territorialização; diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde; Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência; mediação de conflitos e resolução de problemas; ser capaz de potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS; Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento; Conhecimento da rede de atenção à saúde, e estímulo a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêutica; Identificação das necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros; Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social.

Ressalta-se que o papel desempenhado pelo Gerente de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAP), entendida como porta de entrada do usuário aos serviços do SUS, é de fundamental importância para assegurar a implantação do modelo assistencial proposto, bem como para o alcance da efetividade das políticas públicas de saúde vigentes (SANTOS et al, 2016).

No trabalho em saúde, segundo Peiter, Caminha e Oliveira (2017), a gerência dos serviços é importante ferramenta para organização das demandas, e viabiliza intervenções que possibilitam uma assistência mais eficiente, eficaz e efetiva, o que indica a relevância da compreensão sobre o papel da gestão na qualificação dos serviços de saúde.

Porém, alcançar esses objetivos na gerência dos serviços de APS, é uma tarefa complexa para a maioria dos gerentes que estão à frente das unidades. Isso se deve ao fato de que historicamente a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, monitorar e avaliar. O processo de descentralização do SUS, marcou a mudança no perfil do gerente, pois os mesmos passam a estar implicados com a organização da assistência e com a responsabilidade de gerir ações nos serviços de saúde que garantam a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo.

Dessa forma, frente ao crescente reconhecimento da importância do nível primário da atenção e a expansão da APS no MRJ a partir de 2009, e o relevante papel dos gerentes na

gestão das unidades, este tema ganha centralidade na agenda de pesquisa no campo da gestão do trabalho em saúde, sendo essencial para a qualificação da rede de assistência no SUS (PEITER; CAMINHA & OLIVEIRA, 2017).

No Rio de Janeiro, O processo de seleção e contratação dos gerentes é realizado pelas Organizações Sociais, e desde 2016 segue uma Resolução SMS-RJ N°2964 (ANEXO C), que estabelece critérios para a ocupação de cargo de gerente para as unidades de atenção primária em saúde. O profissional deve preencher, ao menos, quatro critérios dentre dez estabelecidos pela Secretaria. Esses critérios estão relacionados ao tempo de atuação direta nas equipes de saúde da família ou experiência na área da saúde em atividade de apoio às equipes; ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS; ter participado, ao menos, de uma atividade de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde no último ano, antes da nomeação/contratação; ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde; ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde; ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família; ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.

Visando qualificar e definir as principais atribuições dos gerentes, uma OS que atua no município do RJ, criou um documento que norteia a condução do trabalho desses profissionais nas unidades, além de ser um orientador para os instrumentos de avaliação. Porém, é um documento que define as atribuições de caráter geral, com questões pouco definidas em relação à gestão da clínica. Tomando como referência o documento criado, os gerentes seriam responsáveis pela busca de melhores resultados em saúde com menor gasto de recursos, responsabilizando-se pela gestão de pessoas; manutenção da UBS; insumos; processo de trabalho das equipes no eixo das linhas de cuidado; cumprimento de demandas da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento(CAP)⁸ e OSS; articulação no território; implantação de protocolos assistenciais; garantia da informação e alimentação dos sistemas de informação em tempo hábil; problematização de resultados com base nas metas estabelecidas no contrato de gestão; estímulo a criação de indicadores locais pertinentes ao monitoramento e avaliação do trabalho das equipes; elaboração de relatórios e planos de ação

⁸ O Decreto nº 36968/2013 altera a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Art. 6º Ficam implementadas, na estrutura organizacional da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, as seguintes alterações: I. alteração de denominação das Coordenadorias Gerais de Saúde das Áreas de Planejamento (CAP) para Coordenadorias Gerais de Atenção Primária das Áreas de Planejamento (CAP). Disponível em <https://leismunicipais.com.br>. Acessado em janeiro de 2019.

voltados para a melhoria da qualidade das informações em saúde, garantia da promoção da saúde; reuniões e representação no colegiado.

Na prática, observa-se que o dia a dia do gerente é muito mais complexo e dinâmico, com situações imprevisíveis que geram problemas que não são resolvidos apenas através do conhecimento prévio ou através do uso de ferramentas gerenciais padronizadas. O gerente atua onde as pessoas, os processos de trabalho e os planos se encontram, sendo fundamental a atuação do gerente na mobilização desses recursos para transformar o que foi planejado em resultados (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Em 2016, a SMS-RJ ofertou um curso de qualificação para os gerentes da APS e utilizou o documento sobre as atribuições desses profissionais, mesmo documento citado acima, criado por uma das Organizações Sociais contratada pelo Município, OSS Viva Rio⁹, fazendo algumas alterações e inclusões necessárias (ANEXO B). Observa-se uma ambiguidade na relação entre prestador de serviços e contratante, a partir do momento que o processo de trabalho dos gerentes foi construído e pensado pela OS e incorporado pela SMS, demonstrando ainda fragilidades no desenho e acompanhamento das atribuições desses profissionais.

A OSS Viva Rio é uma instituição, fundada em Dezembro de 1993, por representantes de vários setores da sociedade civil, como resposta à crescente violência instalada no Rio de Janeiro, desenvolvendo atividades e projetos nas áreas de Segurança, Educação, Artes e Esportes, Meio Ambiente e Saúde e comprometida com a pesquisa, atuação no campo e formulação de políticas públicas, como resposta social aos principais problemas que afetam a inclusão social e a cultura da paz, representando assim, a missão desta instituição. Possui a visão de integrar a sociedade em relação à segurança, direitos civis, justiça, diversidade cultural, com a competência de trabalhar em comunidades expostas aos riscos de violência, aplicando soluções inovadoras para problemas sociais e ambientais em contextos de vulnerabilidades, mediando conflitos e agindo de maneira integradora.

Tendo como ponto de partida a minha própria experiência profissional como Assessora Técnica em Saúde, contratada por uma OSS, para dar apoio aos gerentes que atuam nas Unidades de Atenção Primária, por meio do monitoramento do desempenho das equipes de saúde da família, identifiquei questões relativas ao processo do trabalho gerencial nas três dimensões apontadas por Franco, Salgado e Santos (2011), a dimensão política, a dimensão organizacional e a dimensão técnica. A primeira dimensão diz respeito às habilidades gerenciais no campo da negociação e mediação de interesses da organização; a dimensão organizacional

⁹ Viva Rio. Disponível em: <<http://vivario.org.br/quem-somos-2/>>. Acesso em: 10 de novembro de 2018.

tem íntima relação com a gestão dos serviços e as estratégias utilizadas para manter o serviço funcionando; e a dimensão técnica se refere aos instrumentos que o gerente utiliza para manter a coordenação das ações do cuidado em saúde, é o trabalho propriamente dito.

O cotidiano dos gerentes das unidades de atenção primária, caracteriza-se por uma sobreposição de demandas administrativas oriundas das OSS, responsáveis pela prestação dos serviços, e da CAP, que representa o contratante, no caso o Estado, que tem que prestar contas à sociedade.

Portanto, a prática gerencial é marcada pelo desafio de garantir respostas para as demandas tanto administrativas quanto as de caráter técnico, que acabam ficando em um segundo plano na agenda de planejamento do trabalho do gerente.

No modelo de gestão baseado na pactuação de indicadores e metas, caberia à Organização Social responder pelas questões administrativas e pelo monitoramento das metas junto aos gerentes das unidades, enquanto a CAP seria responsável pelo acompanhamento dos resultados apresentados pela OS. Caberia ainda à CAP a responsabilidade pelo direcionamento e monitoramento da organização do processo de trabalho das equipes referente às linhas de cuidado. Nota-se uma indefinição e desconhecimento do papel desses atores institucionais, o que acaba gerando um excesso de demandas para o gerente local. Essa dimensão política do trabalho gerencial é caracterizada pela capacidade do gerente em dialogar com essas instituições gestoras, respondendo de forma eficaz às demandas.

Esse gerente, selecionado e contratado por uma OS, tem como responsabilidade monitorar e garantir o cumprimento das metas contratadas, dimensão técnica do trabalho gerencial; administrar recursos humanos, insumos e manter a infraestrutura adequada nas unidades, atividades atreladas à dimensão administrativa. Cabe a ele também promover a qualificação dos processos de trabalho das equipes e dos profissionais, característica técnica do gerenciamento, de maneira a assegurar que os princípios e diretrizes que orientam as ações de saúde na ESF no modelo do SUS sejam cumpridas.

A atividade gerencial relacionada à avaliação do processo de trabalho das equipes e dos profissionais, se dá por meio do monitoramento dos indicadores do contrato de gestão com metas preestabelecidas, característica desse modelo de gestão flexível por OS, baseado no mecanismo de contratualização para o gerenciamento dos serviços de saúde da família. A pactuação de metas e indicadores é feita pela SMS-RJ, sem participação dos gerentes nesse processo e sem considerar as singularidades dos territórios. Dessa forma, Carneiro e Martins (2015) apontam para a necessidade de que a contratualização dos serviços deveria considerar a

gestão, a comunidade e a assistência, de modo que a pactuação fizesse sentido e definisse as necessidades da população atendida.

Para essas autoras, esse modelo induz uma lógica privada de funcionamento e organização do trabalho, fragiliza a vinculação dos profissionais com os serviços públicos, e repercute na forma como se dá o modelo de gestão do trabalho e na forma como a assistência à saúde é prestada à população.

Franco, Salgado e Santos (2011) trazem a ideia de que ainda existem lacunas entre o que os autores traçam como atribuições dos gerentes, nas falas dos gerentes das unidades e o que de fato é realizado na prática dos profissionais.

Neste contexto, quais competências gerenciais são necessárias para atuação como gerente de uma unidade de atenção primária no Município do Rio de Janeiro e quais as estratégias para desenvolvê-las?

Considerando os princípios que orientam as práticas na APS e o relevante papel do gerente nas unidades de atenção primária, a hipótese que orienta esta pesquisa é de que para garantir uma assistência universal, integral, longitudinal e coordenada, e com respostas mais eficazes para as demandas da APS do Município do Rio de Janeiro, é necessário fortalecer a figura do gerente, analisando o seu processo de trabalho, e pensando em ações que qualifiquem a gestão local.

Tendo como objeto de estudo o processo gerencial das unidades de atenção primária do Município do Rio de Janeiro, este estudo pretende identificar no conjunto de atribuições do cargo, quais as competências fundamentais no âmbito da gestão local e as estratégias para desenvolvê-las.

1 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o processo de trabalho gerencial nas Unidades de Atenção Primária e construir, de forma coletiva, estratégias para o desenvolvimento de competências gerenciais a partir das demandas locais.

2.2 ESPECÍFICOS

- Recuperar as atribuições dos gerentes de Unidades de Atenção Primária preconizadas pela SMS-RJ, identificando limites e possibilidades na sua operacionalização;

- Identificar em conjunto com gerentes locais as competências fundamentais para o exercício da função;

- Propor estratégias para o desenvolvimento de competências gerenciais no âmbito da gestão local.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O NOVO MODELO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

No processo de construção do SUS em 1990, o princípio de descentralização gerou mudanças na gestão dos serviços de saúde, e os municípios passaram a assumir ações antes centralizadas, o que provocou o estabelecimento de novos arranjos entre os níveis de governo, instituições e serviços.

Com a Reforma do Estado há uma mudança no modelo de gestão influenciada pela Nova Gestão Pública que traz novos acordos na relação de contratação com o setor privado, e o Estado passa a ter uma função de regulador para garantir a qualidade dos serviços públicos ofertados.

As ideias da Nova Gestão Pública (NGP) foram introduzidas no Brasil em 1995 quando foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado sob o comando do ministro Bresser Pereira, e proposto o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Este documento destacava a necessidade de reconstruir o Estado em função de sua crise fiscal, do modelo de intervenção estatal e do modelo burocrático de administração pública, responsável pelos altos custos e baixa qualidade dos serviços públicos. Defendia-se a chamada administração pública gerencial como uma nova etapa na história do aparelho estatal. (BRESSER PEREIRA, 1996).

O modelo de administração pública proposto pela Reforma de Estado de 1995 Bresser Pereira, utiliza como estratégia a descentralização, desburocratização e o aumento da autonomia de gestão. Esses objetivos são alcançados através do Estado fortalecendo o corpo burocrático, ao mesmo tempo em que provê um modelo de gestão orientado por resultados e baseado nos contratos de gestão, seja com órgãos internos ao aparelho estatal, seja com entes públicos não estatais, por meio das Organizações Sociais (SANO & ABRUCIO, 2008).

Além das OSS, nesse cenário de reforma do Estado, houve expansão de outras formas de gestão como as fundações estatais de direito privado, e as organizações de direito civil. Esses novos modelos de gestão na saúde são mais expressivos na Atenção Básica por meio da contratualização de serviços entre os órgãos públicos e as OS. (TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018).

Principalmente em estados e municípios com maior influência econômica e política, como o estado de São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, apesar da predominante presença da gestão direta na Atenção Básica, as OS e os demais modelos de gestão estão consolidados nesse nível

de atenção (TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018 apud PAHIM, 2009; HARZHEIM; LIMA & HAUSER, 2013; SORANZ; PINTO & PENNA, 2016; ANDRADE, 2009).

A adoção desses modelos de gestão nos municípios, segundo Medeiros e Albuquerque (2014), justifica-se a pouca agilidade nos processos de gerenciamento do trabalho, escassez de profissionais com boa formação e perfil adequado para atuar nos serviços públicos de saúde, desafios para fixação dos profissionais, principalmente médicos, e as limitações de gastos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Isto está relacionado à necessidade de expansão da saúde da família como estratégia principal para o aumento da cobertura da atenção primária, e à necessidade dos municípios criarem estratégias para contratação de pessoal, o que provocou a precarização e terceirização dos vínculos trabalhistas (MEDEIROS & ALBUQUERQUE, 2014 apud TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018; JUNQUEIRA et al., 2010).

Portanto, o fato de alguns estados adotarem o modelo de OS para aumento da cobertura da atenção básica, pode estar relacionado ao contexto de impossibilidade de aumento nos gastos com pessoal devido a Lei de responsabilidade Fiscal, e a adesão ao modelo funcionar como uma opção frente à necessidade de regras mais flexíveis de contratação, e não como uma mudança do modelo de gestão mais profunda e a longo prazo (TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018 apud SANO & ABRUCIO, 2008).

As Organizações Sociais (OS) foram concebidas no Brasil como instrumento de viabilização e implementação das Políticas Públicas, criadas no âmbito federal por meio da Medida Provisória 1.591, de 9 de outubro de 1997, em meio ao contexto da Reforma Administrativa, que buscou modificar o paradigma burocrático de administração pública para o modelo gerencial, com a aposta de mais autonomia e flexibilidade nos processos. Esse novo cenário, ganhou força no Brasil a partir da publicação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE, 1995), dirigido pelo Ministro Luiz Carlos Bresser.

Posteriormente, a OS foi regulamentada na forma de Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, e tem como base a combinação entre a flexibilização da gestão pública e o aumento da responsabilização governamental (SANO & ABRUCIO, 2008).

Segundo Martins (2006, p.21) a Administração Pública Gerencial apresenta algumas características, tais como:

- a) Caráter estratégico, ou orientado por resultado do processo decisório;
- b) descentralização;
- c) flexibilidade;
- d) desempenho crescente e pagamento por desempenho/ produtividade;
- e) competitividade interna e externa;
- f) direcionamento estratégico;
- g) transparência e cobrança de resultados

(accountability); h) padrões diferenciados de delegação e discricionariedade decisória; i) separação da política de sua gestão; j) desenvolvimento de habilidades gerenciais; k) terceirização; l) limitação da estabilidade de servidores e regimes temporários de emprego; e m) estruturas diferenciadas.

As OS foram incluídas no setor de serviços não exclusivos do Estado como um modelo de organização pública destinado a absorver atividades consideradas publicizáveis, mediante processo de qualificação. Os principais objetivos seriam alcançar maior flexibilidade e autonomia, maior responsabilidade para os dirigentes; maior controle social dos serviços de saúde pelos usuários por meio dos conselhos de administração, e participação da sociedade na formulação e na avaliação da organização social (TEIXEIRA; MATTA & SILVA JUNIOR, 2018).

São instituições de direito privado e atuam através da celebração de contratos de gestão com o Estado, viabilizando a capacidade de planejar e executar por meio de metas que podem ser avaliadas. Cabe ao aparelho estatal a função de regular, monitorar, avaliar e eventualmente modificar o rumo do processo de contratualização (SANO & ABRUCIO, 2008).

Costa e Silva (2014) elucidam que as OS são uma forma jurídico-institucional da administração pública, mas que não apresentam uma “estrutura jurídica inovadora”. São reconhecidas como pessoas jurídicas estruturadas sob a forma de fundação privada ou associação sem fins lucrativos que possuem uma nomeação jurídica, conferido pelo Poder Público em razão do atendimento de requisitos gerais de constituição e funcionamento previstos em lei. Ainda segundo a autora, o termo “organização social”, criado no PDRAE, significa uma organização que presta serviços sociais ao Estado, criadas por iniciativa dele, e não uma organização da sociedade, no sentido amplo, de manifestações espontâneas da força da sociedade em prol do bem da coletividade.

Soranz, Pinto e Penna (2016) expressam que a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRA, no que se refere à dimensão gerencial, se valeu de três questões centrais: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional – o modelo das organizações sociais; gestão para resultados e novas formas de *accountability*.

O contrato de gestão é um instrumento jurídico, de governança pública que concede às OS a responsabilidade pelo gerenciamento e operacionalização de serviços e define a missão, atribuições e os resultados a serem alcançados pela OS em atendimento ao interesse público. Além disso, deve também ser um instrumento contendo as responsabilidades e obrigações das partes; atribuições; especificação do programa de trabalho; critérios e objetivos de avaliação de

desempenho a serem utilizados mediante indicadores e metas de qualidade e produtividade; e o valor de recursos financeiros que serão repassados (COSTA & SILVA, 2014).

Apesar do monitoramento do processo de contratualização ser de responsabilidade do Estado, no campo da saúde, um estudo sobre a adoção do modelo de OS em São Paulo, apontou que os mecanismos de controle estabelecidos na lei federal sobre OS nem sempre são totalmente adotados, gerando uma maior flexibilidade na gestão de recursos públicos, sem garantias de controle (SANO & ABRUCIO, 2008).

Além dessa fragilidade apontada em relação ao acompanhamento do Estado das ações desempenhadas pelas OS visando à qualidade e otimização dos recursos, Costa e Silva (2014) traz, em sua tese, uma discussão importante sobre a forma como se dá a contratualização na perspectiva de que os serviços e metas pudessem ser previamente negociados entre as partes, favorecendo o planejamento participativo, com a inclusão dos sujeitos na tomada de decisão. Da mesma forma, os contratos deveriam associar-se de forma objetiva à satisfação do usuário, os serviços ofertados pelas unidades, a qualidade da atenção e ofertar incentivos vinculados à boa performance organizacional. A ideia seria de estimular o compromisso com o resultado do trabalho e desenvolver na organização a cultura da prestação de contas (*Accountability*), e da utilização dos indicadores como uma potente ferramenta gerencial para identificação de prioridades e planejamento de ações.

O MRJ adotou, em 2009, o modelo de gestão compartilhada entre a Prefeitura e as Organizações Sociais em Saúde (OSS) para gestão e provisão dos serviços na APS. Nessa parceria público-privada, o MRJ praticou o programa de pagamento por desempenho ou remuneração variável, premiando a excelência no resultado obtido na produção do cuidado. Pisco e Soranz (2012) sinalizam que o sistema de incentivos pode ser entendido como um conjunto de regras concebidas para motivar os médicos e as equipes de saúde nas suas atitudes face à utilização eficiente dos recursos de saúde, à qualidade dos seus atos, entre outros aspectos possíveis, no âmbito da gestão de pessoas e das organizações de saúde. A necessidade de prestação de contas à sociedade, a pressão econômica, o aumento das expectativas e cobranças dos cidadãos são alguns dos fatores que justificam este tipo de iniciativa. A experiência portuguesa tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados, como maior eficiência, mais acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos, ou seja, mais qualidade.

Entretanto, Neto et al, (2016) chamam a atenção para a necessidade de que o objetivo apresente um diferencial de acordo com o desempenho, que seja o de produzir uma nova cultura

profissional. Sendo assim, o pagamento por performance deveria se voltar para as atividades que não são corriqueiras para a maioria dos profissionais. Do mesmo modo, esse conjunto de indicadores deve ser mudado de tempos em tempos para estimular ações ou processos de trabalho pouco realizados.

Além disso, considerar que, no pagamento por avaliação do desempenho, pode-se aumentar a qualidade daquilo que pode ser mensurado, mas nada garante que se perceba também melhor na qualidade dos cuidados propriamente ditos. Os incentivos podem levar o profissional a dedicar tempo excessivo no cumprimento dos critérios com que se avalia o desempenho, deixando de lado os problemas que o usuário realmente apresenta (SORANZ & PISCO, 2013), levando a uma incorreta justaposição de prioridades, em uma organização em que a burocracia das escalas acabe recebendo mais atenção e dedicação do que aquilo que deveria ser o objeto central e principal do cuidado. É necessário reconhecer e analisar as limitações dos sistemas de pagamento por desempenho, pois esse tipo de incentivo, pode levar o profissional a orientar a sua prática e centrar-se no que é medido pelos indicadores apenas, desviando do que realmente é necessário para o usuário.

Em contrapartida, a importância dessas iniciativas em medir o desempenho, reside em fornecer aos gestores e cidadãos informações sobre o funcionamento e os resultados obtidos pelo sistema de saúde, para identificar os principais entraves e áreas de melhoria, e até mesmo fornecer as bases sobre as quais se efetuará a alocação ou relocação de recursos (PISCO & SORANZ, 2012).

A opção do MRJ em adotar o modelo de gestão do trabalho por resultados, requer que as equipes reavaliem seus processos de trabalho em função do que os indicadores do contrato de gestão orientam dentro de cada linha de cuidado. Dessa forma, também nos cabe refletir sobre o próprio modelo assistencial da APS com a ESF, que promoveu a ampliação do acesso, a incorporação de práticas mais humanizadas, e uma abordagem mais ampla dos problemas de saúde, mas que ainda verifica-se a persistência da centralidade do tratamento de patologias e dos cuidados ao corpo biológico com ênfase no modelo biomédico. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase desse modelo na análise dos determinantes sociais da saúde (SILVA JUNIOR & ALVES, 2007). Nota-se então que, na prática, as atividades de promoção da saúde em grupos passam a ser secundarizadas, em uma realidade de uma população que envelhece, e as condições crônicas precisam de respostas que não se bastam no olhar biológico.

Ainda avaliando o cenário do MRJ, uma crise política e econômica de âmbito nacional, impacta negativamente a APS do MRJ. Para melhor entendimento do cenário, Melo, Mendonça e Teixeira (2019) apontam que, desde a sua implementação, o SUS tem convivido com baixa legitimação social, subfinanciamento e limites no acesso à atenção especializada. O setor público de saúde brasileiro, que cobre toda a população, representa apenas 48% dos recursos globais da saúde, e contrasta com o custeio público da saúde de países que também possuem acesso universal à saúde, como Reino Unido (94,2%) e Suécia (84%), aproximando-se da situação observada nos Estados Unidos da América (47%). Observa-se que no Brasil há um baixo investimento público em saúde - R\$ 3,48 (três reais e quarenta e oito centavos) per capita/dia, considerando os três níveis de governo.

Melo, Mendonça e Teixeira (2019) ainda enfatizam que, em 2013, o Brasil entrou em uma forte instabilidade política, agravada por crise econômica e social, em meio à notoriedade do crescente desemprego e violência, corrupção, à marcante polarização social, a medidas de ajuste fiscal recaindo sobre as políticas sociais e trabalhistas. Em seguida, algumas medidas interferiram de forte maneira no SUS e, especialmente, na APS. Dentre elas, vale ressaltar o congelamento de gastos via emenda constitucional n.º 95/2016, a mudança nos blocos de financiamento do SUS com a portaria N.º 3.991/2017, e a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulação ocorrida em 2017, que prevê a diminuição do número mínimo de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família (EqSF), e o aporte de maiores incentivos financeiros para modelos de APS convencionais anteriores à Estratégia Saúde da Família (ESF), com forte influência da representação dos gestores municipais. Essas medidas incidem diretamente sobre a qualidade da saúde pública, em todas as esferas de governo.

Nesse cenário, foi observado escassez no orçamento municipal, o que ocasionou medidas como a redefinição do número de equipes de saúde da família e de saúde bucal, além dos atrasos recorrentes no pagamento dos salários dos trabalhadores vinculados às OSS (MELO; MENDONÇA & TEIXEIRA, 2019), que geraram períodos extensos e recorrentes de greves dos profissionais da APS, levando a um importante retrocesso ao acesso e à qualidade do serviço prestado.

Em meados de 2018, o documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos, apontava para mudanças no número de EqSF e EqSB, assim como na tipologia de equipes com base na PNAB 2017, com elevado número de usuários por equipe, e uma composição de recursos humanos

frágil. A proposta indicava uma redução de 184 EqSF e 55 EqSB como justificativa da necessidade de adequação financeira a um orçamento possível de ser realmente executado, e uma estratégia para otimizar os serviços. Utilizou-se ainda, a filosofia Lean para gestão dos serviços de saúde, com o objetivo de eliminar desperdícios, entendendo que isso aumentaria a qualidade e reduziria custos de produção, por meio da melhoria de fluxos e envolvimento de profissionais motivados e qualificados. Os critérios utilizados para definir os cortes de equipes, tiveram como base a performance das equipes, quantitativamente e qualitativamente, o que ordenou toda a proposta de adequação (MELO; MENDONÇA & TEIXEIRA, 2019).

3.2 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

No contexto de gestão compartilhada entre Organizações Sociais e Estado, em que o Município do Rio de Janeiro, em 2011, cria o cargo de gerente nas unidades de Atenção Primária, tem-se reconhecido cada vez mais a importância do trabalho gerencial que ainda é um saber em construção e que são enormes os desafios para uma melhor formação dos gerentes, principalmente em organizações públicas de saúde dentro da realidade brasileira (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Motta (2003) aponta que o trabalho gerencial se diferencia de outras atividades administrativas e técnicas onde as atribuições são passíveis de receber definições claras, gerando comportamentos rotineiros. Para o autor, o cargo de gestor local pode ser definido como a arte de pensar, decidir e de agir, de maneira dinâmica e em uma interação humana constante.

Para isso, o gerente precisa ter conhecimento de ferramentas que possam embasar seu trabalho em relação ao planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção de pessoas, avaliação de desempenho, educação permanente em saúde, a supervisão, gestão de insumos, equipamentos e a instalação física (ROMAGNOLLI; CARVALHO & NUNES, 2014).

Franco, Santos e Salgado (2011) vão ao encontro do pensamento de Junqueira (1990), ao apontar que a gerência das unidades de saúde tem uma função de trabalhar os processos, com o objetivo de tornar os serviços mais eficientes, através do monitoramento de recursos humanos, financeiros e materiais. Os gerentes precisam então, desenvolver habilidades gerenciais no processo de mediação entre pessoas, materiais, ambiente e tecnologias.

Romagnolli, Carvalho e Nunes (2014) discutem que a principal atuação da gerência se dá na organização do trabalho e na gestão de recursos humanos, não podendo ser uma atividade meramente funcional, voltada para as atividades burocráticas, de manipulação dos papéis e

rotinização do trabalho pré-determinado. Pelo contrário, pressupõe maior autonomia e poder decisório dos atores nas ações e serviços produzidos, considerados imprescindíveis para um cuidar em saúde com qualidade.

Nesse sentido, Campos (2013) destaca que, por mais que o campo da gestão tenha se ampliado, as concepções do pensamento administrativo clássico caracterizado por disciplina, dominação e obediência, continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão, desconsiderando desejos, valores e interesses dos trabalhadores. O conceito do efeito Paidéia, trazido por esse mesmo autor, considera que a função gerencial na APS envolve, para além de uma relação burocrática e formal, características da racionalidade gerencial hegemônica, uma relação que envolve saber, poder e afetos, na perspectiva de que uma concepção ampliada da gestão possa influir na constituição de sujeitos com maior autonomia.

Apesar de reconhecida a necessidade de uma atuação diferenciada, ideia reforçada por Campos (2013), estudos apontam que a prática gerencial nos serviços de saúde ainda se utiliza prioritariamente de tecnologias duras, se caracteriza como grande centro de poder e burocracia, muito centrada na lógica tradicional fordista, taylorista, e weberiana, normatizada e burocrática, não contribuindo para que a finalidade dos serviços de saúde seja alcançada (CARVALHO et al, 2013).

Campos (1988) aponta que a Teoria Geral da Administração, em particular o taylorismo, tem como característica o olhar sobre os trabalhadores como se eles fossem instrumentos, destituídos de desejos ou de projetos próprios. Faz parte da cultura tradicional das Escolas da Administração a intenção de disciplinar o profissional, negando-lhe a autonomia e a iniciativa crítica, onde o trabalho é regido por normas e padrões, e por alguém que controla e fiscaliza o cumprimento das tarefas.

Corroborando com essa reflexão da necessidade de uma mudança no modelo gerencial, no intuito de diminuir em alguns graus a alienação ou a burocratização atualmente verificada nos serviços públicos, espera-se que o profissional que for gerenciar uma UBS deve exercer e desenvolver a liderança em relação às equipes de saúde da família, abrindo espaços para inovações, diálogo, trocas, harmonizando o ambiente de trabalho dos profissionais; precisa estar preparado para saber lidar com acontecimentos inesperados que podem acontecer com os usuários na UBS ou no domicílio; relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais; estar a par de procedimentos médicos assistenciais, além de intermediar possíveis conflitos em situações interrelacionais. Além disso, o gerente deve participar ativamente dos processos de planejamento, conhecendo as diretrizes do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, a fim de atender as demandas e necessidades da população (GRIGOLETTO & RAMOS, 2012).

3.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS GERENCIAIS

Tomando como ponto de partida trazer os gerentes para uma reflexão da sua prática e, a partir disso, construir as competências relacionadas à função, utilizarei o conceito de competências defendido por Zarifian (2001), que integra várias dimensões centradas na mudança de comportamento dos seres humanos relacionado ao trabalho e na sua organização, onde as dificuldades e implicações são consideradas.

Ropé e Tanguy (1997) relatam que a noção de competências é utilizada em diferentes esferas de atividades tais como a economia, o trabalho, a educação e a formação. Este estudo focalizará a esfera do trabalho e formação, entendendo que o desenvolvimento de competências envolvendo os sujeitos, gerentes das unidades básicas, estrutura a organização do trabalho e contribui na sua formação.

Zarifian (2001) discute também um movimento de retorno do trabalho ao trabalhador, através das competências que irão propiciar mecanismos que facilitem a implementação de uma gestão participativa dos trabalhadores na construção do seu processo de trabalho. Ainda segundo esse autor, a aprendizagem das competências assim como a colaboração no trabalho passará cada vez menos por sistemas e procedimentos automatizados, como algo prescrito, e cada vez mais, por processos de entendimento recíproco. O trabalho não é mais algo padronizável, que bastaria reduzir a uma lista de tarefas relacionadas a uma descrição do cargo. Ele torna-se o prolongamento da competência pessoal que o indivíduo mobiliza diante de uma situação em um determinado cenário na sua prática, ou seja, a maneira como o indivíduo enfrenta a situação está no âmago da competência.

Zarifian (2001) afirma que essa competência individual é construída a partir do conjunto de aprendizagens sociais e do estabelecimento de ações comunicativas que ajudam no processo de formação do indivíduo; no preparo coletivo das situações de trabalho e na mobilização da rede de comunicação para o enfrentamento de situações complexas.

Dessa forma, a contribuição que esse autor traz sobre o debate das competências, é a proposição de uma definição que integra várias dimensões e formulações importantes para a pesquisa que será desenvolvida.

A primeira sugestão de Zarifian (2001, p.68) é que: “A competência é o tomar iniciativa e o assumir responsabilidades do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se

depara”. Ele enfatiza que, o que muda na organização do trabalho nesse caso, é a criação de espaços com mais autonomia e automobilização do indivíduo e o recuo da prescrição.

A segunda definição proposta diz respeito à dinâmica da aprendizagem, essencial no desenvolvimento de competências, e afirma que “A competência é um entendimento prático de situações que se apoia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações” (ZARIFIAN, 2001, p. 72).

Como terceira proposta, Zarifian (2001, p. 74) sugere que “A competência é a faculdade de mobilizar rede de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade”.

Como o intuito desta pesquisa é analisar o processo de trabalho gerencial, visando construir estratégias para desenvolvimento das competências a partir da realidade local, e com a participação destes gestores, remeto ao conceito de educação permanente que tem um caráter formativo, e a prática voltada para a problematização das situações dos trabalhadores inseridos no serviço. Dessa forma, é a partir do cotidiano de trabalho dos gerentes que esse estudo se desenvolverá, de maneira a produzir colaborativamente com o grupo de pesquisa um conhecimento que irá subsidiar avanços na gestão da saúde pública, qualificando a gestão local.

Segundo Peduzzi et al (2009), a educação permanente reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que é visto como espaço de reflexão, diálogo e construção de consensos, utilizada como estratégia de ensino contextualizada e participativa.

Além disso, traz a ideia de que a proposta de educação permanente está pautada na concepção pedagógica transformadora de Paulo Freire, e vem sendo construída com base nas noções de aprendizagem significativa e de problematização, constituindo-se assim em processos educativos que buscam promover a transformação de práticas de saúde e de educação. A teoria pedagógica de Paulo Freire, fundada na reflexão, no diálogo, e na ação transformadora da realidade, objetiva a construção coletiva da consciência crítica da humanidade mediante uma práxis libertadora e revolucionária. (FREIRE, 2013).

Corroborando com a concepção acima, Ausubel (2003) denomina aprendizagem significativa a relação existente entre os novos conteúdos, conceitos, e um saber já existente, desde que lhe faça sentido. Portanto, a aprendizagem se dá quando o aluno (re)constrói o conhecimento e forma conceitos significativos sobre a realidade vivenciada, problematizando-a, o que vai possibilitá-lo agir diante da realidade.

Esse pensamento da autora Peduzzi et al (2009), vai ao encontro dos objetivos específicos da pesquisa, que são identificar de forma colaborativa e participativa com os

gerentes das unidades, os nós críticos no processo de gestão e propor mudança nas práticas apontando limites e possibilidades.

Essa modalidade de educação privilegia o processo de trabalho como eixo central da aprendizagem, se aproximando do objetivo geral da pesquisa que é construir de forma participativa planos de desenvolvimento das competências gerenciais por meio de um processo de educação permanente. A realidade vivenciada pelos gerentes é problematizada por meio do uso de metodologias ativas de aprendizagem, que é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado. Essa prática de ensino-aprendizagem produz conhecimentos a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, e são a base de mudança e interrogação (PEDUZZI et al., 2009).

Dessa forma, as ações de educação permanente permitem a construção pelo coletivo envolvido, de alternativas e soluções para os problemas reais e concretos do trabalho em saúde (SILVA & DUARTE, 2015).

E, de acordo com Ceccim (2005), somente a aprendizagem significativa será capaz de promover a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano, pois passa a fazer sentido para os trabalhadores envolvidos, uma vez que estão inseridos no contexto.

Corroborando com essa discussão, ao tomar como objeto de reflexão a educação de trabalhadores inseridos em serviços, entende-se que a educação é parte do trabalho, ou seja, a educação e o trabalho são práticas sociais, estando articulados e reconfigurando um ao outro (PEDUZZI & SILVA, 2011).

O conceito de Educação Permanente em Saúde foi pensado como estratégia para o desenvolvimento de competências no campo de atuação gerencial, por entender que é uma prática orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais, portanto relacionada ao processo formativo, e das ações de transformação das práticas de saúde. Essa modalidade educativa sugere a integração dos processos educativos de trabalhadores às experiências cotidianas dos serviços, a mudança das ações pedagógicas ao tomar as práticas concretas como fonte de conhecimento, a concepção de trabalhadores da saúde como agentes críticos e reflexivos com capacidade de produzir o conhecimento e propor ações alternativas para a solução de problemas, e o trabalho em equipe como uma estratégia potente de organização do trabalho (SOUZA & ROSCHKE, 2003 apud PEDUZZI & SILVA, 2011).

Para produzir mudanças de práticas de gestão, é fundamental o diálogo com as concepções vigentes, e o exercício de problematizá-las, de forma que haja transformação das

práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade (CECCIM, 2005).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa realizada foi de abordagem qualitativa, exploratória, inspirada na crítica do método da pesquisa-ação, que se caracteriza por ser uma pesquisa participativa na qual o pesquisador e os participantes estão envolvidos de modo cooperativo, realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo, e se beneficia nas transformações e nos elementos novos que surgem durante o processo (THIOLLENT, 2005).

Como a finalidade do estudo foi analisar o processo de trabalho gerencial nas unidades de atenção primária do Município do Rio de Janeiro, de forma participativa, identificando as competências gerenciais fundamentais para o cargo e estratégias para desenvolvê-las, a escolha do método justificou-se pela possibilidade de proporcionar a produção coletiva de conhecimento, a partir da identificação do problema, análise crítica e busca de soluções para o enfrentamento pelos próprios trabalhadores envolvidos no processo gerencial.

O método permitiu o diálogo efetivo e a reflexão da prática, promovendo uma compreensão mais aprofundada do tema. A socialização das experiências em grupo e a troca de informações, podem ser consideradas como uma vivência significativa e proveitosa para os participantes (SMEHA, 2009).

Esse processo de investigação, portanto, teve um caráter formativo, pois envolveu a produção e circulação de informações, elucidação e tomada de decisões, contribuindo para a qualificação da gestão local (THIOLLENT, 2005).

Reafirmando esse pensamento, em um estudo sobre formação gerencial, os autores discutiram a utilização do método da pesquisa-ação como alternativa aos métodos convencionais de construção do conhecimento, que são distantes das especificidades do ambiente organizacional. Portanto, esse método escolhido permitiu que o grupo falasse das suas próprias experiências, levando para a discussão os reais problemas vivenciados, desencadeando a melhoria da sua prática gerencial (ANTONELLO & RUAS, 2005).

Coube ao pesquisador conduzir o diálogo com os sujeitos participantes permitindo ressignificações coletivas que geraram mudança na percepção e de comportamento ao longo de todo o processo, permitindo aumento do nível de consciência dos envolvidos na situação e do próprio pesquisador (FRANCO, 2005).

Para que barreiras e resistências fossem desfeitas, e para que houvesse a construção de um universo cognitivo mais próximo, que permitisse a apreensão de novos fatos e valores que

surgiram durante as etapas, não pôde ser um tempo superficial, com tempo marcado para sua realização plena, o que seria uma limitação para esse estudo, pois é um método que precisa contar com um período de tempo mais longo. A pesquisadora, portanto, não abriu mão de se beneficiar das características que esse método dispõe, mas reconheceu a importância do fator tempo.

Importante destacar a imprevisibilidade como um componente fundamental da pesquisa-ação, método que dialoga com o inesperado e que impõe aos sujeitos da pesquisa estarem abertos para reconstruções em processo, reorganização de prioridades, ressignificações, ações cada vez mais ajustadas às necessidades coletivas. Segundo Franco (2005), esse é um exercício contínuo das espirais cíclicas que o método deve contemplar.

A teoria disciplinar tradicional não é prioridade principal nesse tipo de método, contudo, é importante recorrer a ela para melhor compreender as situações, planejar melhoras eficazes e explicar resultados. Dessa forma, o grupo de pesquisa formado, utilizou recursos teóricos ao longo do desenvolvimento das etapas do estudo (TRIPP, 2005).

Thiollent (2005) propõe uma sequência de fases que não precisam ser rigidamente ordenadas. Essas etapas, que orientaram o desenvolvimento do estudo, foram realizadas durante os seminários teórico-metodológicos que estão descritas no item 4.3.

4.2 COLETA DE DADOS

A técnica de pesquisa escolhida para a coleta dos dados foi o Grupo Focal que é uma forma rápida, prática e fácil do pesquisador entrar em contato com o público-alvo que se deseja investigar e obter informações de caráter qualitativo em profundidade (GOMES & BARBOSA, 1999).

O grupo focal utiliza a interação grupal para produzir dados que não seriam possíveis fora do grupo, dada a sua potencialidade de construção de significações (SMEHA, 2009).

Neto, Moreira e Sucena (2002) definem o grupo focal como:

Uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne num mesmo local e durante um certo período uma determinada quantidade de pessoas impressões e concepções sobre os temas abordados, permitindo que a fala seja debatida e as informações aprofundadas. O importante é que todos os participantes tenham possibilidades equânimes de fala, sem a preocupação com a formação de consensos.

Foi formado um grupo de 12 gerentes de UAP (Unidade de Atenção Primária) das APs 1.0; 3.1 e 3.3, atendendo aos critérios de inclusão definidos pela pesquisadora: formação superior em saúde; atuar no cargo de gerente há mais de dois anos; e manter a representatividade de todas as áreas de planejamento. Participaram todos os gerentes das três APs que manifestaram interesse em participar do estudo. O grupo foi formado por oito gerentes da AP 3.1; três gerentes da AP 3.3 e um gerente da AP 1.0. Para fins de planejamento em saúde, a SMS-RJ trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em dez Áreas de Planejamento (AP).

A definição do número de participantes se deve a escolha da técnica de grupo focal para a coleta de dados, e que prevê a participação de no mínimo quatro e no máximo doze pessoas (KRUEGER, 1996).

Optou-se pelo grupo focal pelo fato da pesquisa-ação agregar diversas técnicas de pesquisa social, com as quais se estabelece uma estrutura participativa, coletiva e ativa na captação da informação.

Para Minayo (1992), uma boa amostragem tem que possibilitar abranger a totalidade do problema investigado, o que justifica a escolha dos gerentes como o público-alvo a ser pesquisado, pois são indivíduos sociais com vinculação mais significativa para o problema investigado.

Caso o número de interessados ultrapassasse a quantidade de vagas definidas, seriam adotados critérios de exclusão: não possuir formação (Especialização, Residência, Mestrado ou Doutorado) na área de Saúde Pública, Saúde da Família, Saúde Coletiva e Gestão; não ter participado do Curso de Qualificação para Gestores de UAP oferecido pela SMS-RJ; atuar em uma unidade com número inferior a três equipes, pois são unidades com menor complexidade em relação à composição do recursos humanos e número de usuários acessando o serviço.

A pesquisadora fez contato por e-mail com os Centros de Estudos das dez Áreas de Planejamento das Coordenadorias de Atenção Primária (APs) do Município do RJ, enviando a carta convite (APÊNDICE B) para ciência das Coordenações. As UAPs nessas dez áreas estão sob a gestão de quatro OS que possuem contrato com o município. Seis APs manifestaram interesse e autorizaram contato com os gerentes das unidades de atenção primária (UAP), e em apenas três APs, 1.0; 3.1 e 3.3, os gerentes manifestaram interesse e aderiram à pesquisa. As unidades dessas três APs estão sob a gestão de duas OSS diferentes, IDEIAS na AP 1.0, e VIVA RIO, na AP 3.1, e 3.3.

A AP 1.0 abrange os bairros do Centro, São Cristóvão, Rio Comprido, Zona Portuária, Santa Teresa e Paquetá; a AP 3.1 compreende os bairros de Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do

Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré, e a AP 3.3 abrange Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.

Para acesso ao endereço de e-mail dos gerentes, a pesquisadora fez contato também com o setor de Recursos Humanos das Organizações Sociais responsáveis pelo gerenciamento das unidades de saúde das dez áreas de planejamento. Estabeleceu-se um prazo de 10 dias para resposta dos interessados. No convite foram informados e-mail e telefone da pesquisadora para que os gerentes entrassem em contato e os critérios de inclusão para participação na pesquisa.

Os gerentes que se interessaram pela pesquisa responderam rapidamente ao convite da pesquisadora, por e-mail, e se colocaram à disposição para participação dos grupos focais. Inicialmente houve a adesão de 13 gerentes, ocorrendo a desistência de um, justificada por questões de incompatibilidade de agenda para comparecimento nos encontros. Só houve retorno de um gerente comunicando que se interessaria pela pesquisa, mas não teria agenda disponível para participação, os demais não responderam ao convite.

Após a formação do grupo, a pesquisadora fez contato por e-mail e telefone, informando o local, horário, e data de realização do primeiro encontro para início da pesquisa. Além disso, foi criado um grupo por WhatsApp com os participantes para facilitar a comunicação.

Foram realizados dois encontros no mês de novembro de 2019, com duração de aproximadamente 180 minutos, no turno da tarde, com intervalo de quinze dias entre as sessões. Os grupos focais foram realizadas em uma Clínica da Família localizada na AP 3.1 no bairro da Penha, do Município do Rio de Janeiro. Essa unidade foi escolhida pela pesquisadora, levando em consideração o número de participantes que atuam nessa AP, a facilidade no acesso para todo o grupo, e instalações físicas que permitiram a privacidade e conforto dos participantes.

A proposta era escolher três unidades mais centrais nos pólos das APs da 3.1/3.2/3.3, outra no pólo da 1.0/4.0/2.1/2.2 e outra no polo da 5.1/5.2/5.3, evitando concentrar em apenas uma região do município, e realizando pelo menos uma sessão em uma área. Como não houve adesão de todas as APs, optou-se por escolher um local de melhor acesso para todos os participantes e que tivesse uma estrutura adequada para a realização do estudo.

Além da pesquisadora, que atuou como mediadora, foi necessária a presença de um relator, devidamente treinado, que também contribuiu como observador e operador de gravação. Segundo Neto, Moreira e Sucena (2002), na pesquisa social, defende-se a ideia de que são os próprios pesquisadores que devem realizar os grupos focais, se responsabilizando por todas as etapas necessárias, uma vez que a proximidade, o estudo e o conhecimento do objeto investigado, são de fundamental importância para o desenvolvimento da técnica, assim

como a participação do pesquisador no processo de debate é primordial para a interpretação e detalhamento dos dados obtidos.

Para melhor aproveitamento dos espaços de discussão, foi elaborado um roteiro, utilizado de forma discreta, contendo os tópicos discutidos em cada encontro a fim de que as sessões fossem bem direcionadas (APÊNDICE C).

Para a reserva do local onde os encontros foram realizados, a pesquisadora fez contato com o gerente responsável pela unidade que assinou o termo de anuência.

4.3 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

O método da pesquisa-ação previa a realização dos seminários como forma de centralizar todas as informações coletadas e elaborar as interpretações (THIOLLENT, 2005).

Participaram do primeiro encontro os 12 gerentes, sem nenhuma falta, tendo todos preenchido o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D). A pesquisadora iniciou o encontro fazendo uma apresentação da pesquisa, esclarecendo os objetivos, e metodologia utilizada.

Dando prosseguimento, os participantes se apresentaram e a pesquisadora deu início ao grupo focal, utilizando a técnica de tarjetas, para explorar a potencialidade criativa dos participantes e dinamizar as discussões. Foi estimulado que os gerentes recuperassem as atribuições gerenciais preconizadas pela SMS-RJ dialogando sobre eixos trabalhados no Curso de Qualificação de gestores da APS do Município do RJ em 2016, tais como: Gestão de pessoas; Governança Clínica; Sistema de Informação; Gestão administrativa e Financeira; Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Como material de consulta, foi disponibilizado o documento que descreve as atribuições gerenciais preconizadas pela SMS-RJ.

Após esse momento, o grupo se debruçou sobre os nós críticos e potencialidades das atribuições levantadas, trazendo exemplos do seu dia a dia na gestão local, refletindo sobre o cotidiano da sua prática.

No segundo encontro, houve 03 faltas, pois os profissionais da APS encontravam-se em período de greve, e em algumas unidades o gerente teve dificuldades de se ausentar para monitorar todo esse processo mais de perto.

A pesquisadora fez a leitura da ata do encontro anterior e o grupo deu seguimento à discussão das atribuições levantadas. Em seguida, foram identificadas no conjunto de atividades, as competências gerenciais fundamentais para o exercício do cargo e possíveis

estratégias para desenvolvê-las no âmbito da gestão local. O grupo foi estimulado a trazer para o debate suas experiências do dia a dia do trabalho nas unidades de atenção primária.

Em razão do cenário de paralisação e greve das categorias profissionais nas unidades de APS, a pesquisadora avaliou juntamente com o grupo, que seria inviável realizar o último encontro. Os gerentes ficaram envolvidos na organização da unidade durante esse período e não puderam se ausentar.

Como nos dois encontros as discussões dos temas foram aprofundadas e extensas, entendeu-se que não haveria necessidade de um terceiro momento, e caso a pesquisadora necessitasse de um novo encontro para validação das informações do relatório construído, convocaria o grupo.

Os encontros foram gravados e posteriormente as falas foram transcritas, atas e relatórios de síntese foram produzidos, e serviram de base para continuidade dos temas discutidos no grupo subsequente.

A pesquisadora reforçou no início das reuniões a importância do sigilo dos dados produzidos nas discussões e procurou manter um clima agradável para que todos os sujeitos envolvidos no estudo, se sentissem seguros para colocarem suas ideias sobre os temas abordados.

As informações foram armazenadas em arquivos digitais e apenas a pesquisadora e sua orientadora tiveram acesso aos dados. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP/SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

As conclusões da pesquisa serão divulgadas por meio de um relatório para a Superintendência de Atenção Primária da SMS-RJ e para os participantes. Os resultados foram sistematizados em um quadro de referência (APÊNDICE A).

4.4 PROCESSO DE ANÁLISE

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, que, segundo Deslandes (1994), tem a função de permitir a verificação de hipóteses e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além do que está sendo comunicado.

Bardin (1997) traz para aplicabilidade da sua técnica, as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Para a etapa de tratamento dos resultados e interpretação, a pesquisadora estabeleceu categorias temáticas de análise que foram elegidas previamente à entrada no campo, e que,

portanto, são categorias mais gerais, além daquelas que surgiram a partir da coleta de dados e da exploração do material.

Tomando como referencial o Manual de Gerentes publicado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP/FIOCRUZ) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, e os Eixos trabalhados no Curso de Qualificação para gestores da Atenção Primária, em 2016 pela SMS-RJ, de onde foram extraídas as seguintes categorias temáticas: Gestão do Processo de Trabalho em Saúde; Gestão das Linhas de Cuidado Integral; Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde; Gestão do Conhecimento; Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES

Tabela 1- Perfil dos Profissionais

Variável	N	Percentual %
Faixa Etária		
< 30 ANOS	1	8,33%
30-39 ANOS	11	92%
40-49 anos	0	0%
Total: 12		
<hr/>		
Sexo		
Feminino	9	75%
Masculino	3	25%
Total: 12		
<hr/>		
Formação		
Enfermeira	7	58,33%
Dentista	1	8,33%
Fisioterapeuta	1	8,33%
Farmacêutico	1	8,33%
Nutricionista	1	8,33%
Assistente social	1	8,33%

Pós-Graduação

Especialização/Residência	12	100%
Mestrado	4	33,33%
Doutorado	1	8,33%

Tempo de atuação na gerência

De 02 a 04 ANOS	3	25%
De 05 a 07 ANOS	5	41,8%
De 08 a 09 ANOS	4	33,33%

Fonte: Elaboração própria, 2020

Dos 12 gerentes que participaram da pesquisa, 9 são mulheres, correspondendo a 75% do grupo, e apenas 3 gerentes são homens, correspondendo a 25%; 11 gerentes com idade entre 30 a 40 anos, totalizando 92%, e apenas um gerente com idade inferior a 30 anos. Todos os participantes são pós-graduados e a maioria possui Especialização em Gestão em Saúde/Saúde da Família/Vigilância em Saúde, ou Residência em Saúde da Família. No total, seis gerentes possuem Especialização em Gestão, 3 com Especialização em Saúde da Família, um com Especialização em Vigilância em Saúde, e 3 com Residência em Saúde da Família. Apenas um gerente está cursando o Doutorado na área de Saúde Coletiva, e 4 gerentes com Mestrado em Atenção Primária/Saúde Coletiva.

Quanto à formação acadêmica, 58,33% são enfermeiros, ou seja, 7 gerentes, e o restante do grupo da pesquisa é formado por um dentista, um nutricionista, um assistente social, um fisioterapeuta e um farmacêutico. Observa-se que é um grupo adulto jovem, com um percentual de ocupação do cargo acima de 50% pelo sexo feminino, e a maioria enfermeiros.

Esse maior percentual de enfermeiros atuando no cargo de gestão, em relação às outras categorias profissionais, vai ao encontro do que Fracoli e Regina (2003), e Peiter, Caminha e Oliveira (2017) destacam sobre a prática gerencial, que historicamente é desempenhada por enfermeiros, em razão da capacidade de saber organizar, sistematizar rotinas, integrar cuidados, associando gerência e assistência, numa perspectiva intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional.

Em estudos no campo da enfermagem, são frequentemente encontrados temas sobre gerenciamento dos serviços, uma vez que as funções administrativas estão fortemente relacionadas ao trabalho da enfermagem, fortemente influenciado pelas concepções de organização do trabalho baseadas nos princípios de Taylor, Fayol e nas Teorias Administrativas Clássicas (FRACOLLI & REGINA, 2003).

Na avaliação do perfil dos 12 gerentes que participaram do estudo, nota-se uma prevalência de profissionais do sexo feminino, com média de idade entre 29 e 39 anos, com predomínio de enfermeiros no gerenciamento das unidades, e todos os pesquisados pós-graduados na área de saúde. Esse resultado apresentado é similar a outros estudos, como os de Carvalho et al (2013), que apontam uma amostra com maioria absoluta de gerentes mulheres, com média de idade com mais de 30 anos, todos com formação acadêmica em enfermagem e pós-graduados na área de saúde, assim como o estudo de Peiter, Caminha e Oliveira (2017), onde esse perfil dos gerentes de unidade de Atenção Primária se repete.

Observa-se que o total dos gerentes que participaram da pesquisa tem formação acadêmica ligada à Gestão/Vigilância em Saúde, Saúde Pública/Coletiva e Atenção Primária à Saúde. Isso demonstra que os gerentes que participaram do estudo, possuem qualificação, e expressa a importância da formação para a eficiência e eficácia dos serviços ofertados na APS.

A Superintendência de Atenção Primária da SMS-RJ, adotou em 2011 o pagamento de um incentivo por formação, considerando a necessidade de fortalecimento da atenção primária por meio da contratação de profissionais com perfil e qualificação adequadas para atuação nesse nível de atenção à saúde. Portanto, os profissionais especialistas em saúde da família ou com Residência em Saúde da Família/Coletiva/Atenção Primária, e/ou com Mestrado em Saúde da Família/Saúde Pública, e/ou Doutorado em Saúde da Família/Saúde Pública, recebem uma gratificação de 20% do salário base. Há também como incentivo à formação, uma liberação pela SMS-RJ, de oito horas semanais do profissional que atua na Atenção Primária, para a

realização de Cursos de Especialização ou Mestrado/Doutorado em Saúde da Família/Atenção primária.

Em 2016, a SMS-RJ publicou a Resolução Nº 2964(ANEXO C) que também estabelecia critérios de formação para a ocupação do cargo do gerente, expressando o reconhecimento quanto a necessidade de qualificação da gestão. Recentemente, março de 2020, a atual gestão da SMS-RJ publicou a Resolução Nº 4618 que reduz para três, os critérios adotados para ocupação do cargo de gerente, diminuindo a exigência do tempo de experiência no cargo gerencial, que passou de cinco anos para um ano, e desconsidera o critério de formação como Residência ou título de especialista em Saúde da Família e/ou Mestrado e Doutorado, e a pós-graduação na área de Gestão em Saúde ou Saúde Pública, passa a ser considerado apenas para fins classificatórios.

Esse dado reflete o atual cenário político que a Atenção Primária do Município do RJ vivencia, expressando pouca valorização a todo o investimento das instituições formadoras de trabalhadores para o SUS, o que irá impactar consideravelmente na organização dos serviços, pois observa-se que nos novos critérios estabelecidos, não há uma preocupação quanto ao perfil dos profissionais que estarão à frente das unidades liderando os processos de gestão. Essa flexibilização de critérios para a ocupação do cargo de gerente, reduzindo o nível de exigência quanto à formação, provocará impactos na qualidade e organização dos serviços prestados nas UAPs.

Em relação ao tempo de atuação, a maioria já atua no cargo gerencial entre 5 e 7 anos, totalizando cinco gerentes, e entre 8 e 9 anos, quatro gerentes. Essa permanência do gerente no cargo por muitos anos, favorece a formação de vínculos com as equipes e o território de atuação, além de um tempo que é necessário para que esse profissional construa o diagnóstico da área adscrita, e desenvolva o planejamento de ações, acompanhamento, e avaliação dos resultados junto às equipes ao longo do tempo.

Em contrapartida, esse dado também pode sinalizar que exista pouca mobilidade na carreira, com ofertas de ocupação em outros cargos técnicos da gestão em outras instituições (SMS, CAP ou OSS).

O perfil dos gerentes participantes da pesquisa se caracteriza, em sua maioria, por adultos jovens, mulheres, com formação acadêmica em enfermagem, atuando há mais de cinco anos no cargo gerencial, e pós-graduados em áreas da gestão/saúde da família/atenção primária, portanto são profissionais com formação e qualificados para ocupação do cargo gerencial.

5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

5.2.1 Gestão do Processo de Trabalho em Saúde

Quadro 1- Quadro Síntese das Competências

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Estratégias
Trabalho em equipe	Atuação isolada dos profissionais	Construção coletiva de ações	Estimular espaços de educação permanente; aproximação com os membros das equipes;
Mediação ou gestão de conflitos	Falta de apoio institucional; não entendimento do conceito ampliado de saúde pelos setores do território; sobrecarga de trabalho dos profissionais.	Fortalecimento da rede de apoio; aprendizado com as situações vivenciadas; aproximação entre os membros das equipes;	Abrir espaço ao diálogo; articulação com os diversos setores do território; postura agregadora com a equipe.
Mobilizar a competência dos outros profissionais	Lógica profissionalizante; profissionais sem identificação com o projeto	Corresponsabilização	Trabalho desenvolvido junto aos profissionais; identificação de potencialidades; estímulo à participação dos trabalhadores na construção do projeto.
Aprender com as situações cotidianas do trabalho	Excesso de demandas burocráticas com prazo de respostas curto somado à diversidade de problemas que se apresentam; não tem ninguém que ensine ao gerente;	O aprendizado se dá no ambiente de trabalho.	Espaços de trocas de experiências e saberes com os outros profissionais da gerência; problematizar o cenário de prática gerencial.
Tomada de iniciativa e assumir responsabilidade	Falta de autonomia gerencial	Envolver os trabalhadores no apoio ao gerente	Estimular a participação do gerente nas discussões do planejamento com as instâncias superiores
Saber dialogar com usuários, parceiros locais, instâncias gestoras superiores	Falta de integração dos setores da comunidade; modelo de gestão verticalizado e hierarquizado.	Criação da rede de apoio para mediação de conflitos;	Construção do Colegiado Gestor; abertura de espaço para inovações, trocas

Mediar conflitos políticos	Entendimento dos fluxos de atendimento da unidade	Construir um trabalho próximo à equipe que serve de apoio nesses momentos	Orientar a equipe, ter postura e utilizar uma comunicação efetiva
Fazer gestão do trabalho com foco na qualidade	Fazer os profissionais trabalharem com foco no objetivo comum, ou seja, que atuem de forma interprofissional.	Qualificar os processos de cuidado	Promover ações em conjunto com os trabalhadores para gerar mudanças nas práticas
Fazer gestão do tempo	Demandas burocráticas que atravessam o planejamento gerencial	Atuar nas prioridades identificadas com o conjunto de trabalhadores	Priorizar atividades técnicas com as equipes

Fonte: Elaboração própria, 2020

O conceito de processo de trabalho em saúde é definido por Peduzzi e Schraiber (2009, p.323), como:

Dimensão microscópica do cotidiano de trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Nesse sentido, para Franco, Santos e Salgado (2011), a função do gerente, é organizar a partir do planejamento, os meios e os processos de trabalho, com a finalidade de promover a saúde da população, contribuindo para que as pessoas aumentem o grau de autonomia e cuidem cada vez mais da sua própria saúde. E quanto aos trabalhadores, o objetivo é leva-los também a mudar seu estado de consciência tendo mais autonomia na organização de seus processos de trabalho.

Corroborando com esse pensamento, Merhy (1997) defende a ideia de que gerenciar é menos capturar sujeitos para um determinado tipo de trabalho, e mais construir sujeitos éticos, criativos, com competência técnica e comprometidos com a defesa da vida das pessoas.

Baseado nessas concepções, o grupo de pesquisa identificou como uma competência gerencial, a responsabilidade pela integração das atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais integrantes das equipes, com intuito de garantir a unidade dos processos de trabalho. Isso expressa a importância da contribuição da ação gerencial na promoção do trabalho em equipe, reconhecendo a necessidade da prática interprofissional para aumentar a eficiência e eficácia da atenção à saúde. Esse achado vai ao encontro do resultado do estudo de Peduzzi et al (2011), ao mencionar que na visão do gerente de unidade, o trabalho em equipe é tema relacionado à organização do trabalho e a atuação do gerente com os trabalhadores

reforçado por Peiter, Caminha e Oliveira (2017), ao destacarem a competência gerencial na condução dos demais atores, por meio do trabalho em equipe, para alcance dos objetivos do serviço de saúde.

Ellery (2012) menciona em sua tese de doutorado, que o trabalho da equipe de saúde da família tem como critério fundamental para sua operacionalização, o princípio da interprofissionalidade, que é compreendida como a síntese de um processo de integração de saberes e da colaboração profissional, processos mediados por afetos. Segundo ela, a lógica da profissionalização, marcada pela posse de um conhecimento específico; regulação da atuação no mercado de trabalho e a disputa de poder e prestígio, tem uma dinâmica contraditória à lógica interprofissional na saúde, que se caracteriza pela abordagem centrada nas necessidades dos usuários e na construção de um campo comum de atuação.

Portanto, no dia a dia do trabalho, há um confronto da interprofissionalidade com a lógica profissional, que se justifica pelo exposto por Campos (2000):

A ordem tradicional dos serviços reforça o isolamento profissional, produz fragmentação e dificulta o trabalho em equipe, pois nela os profissionais, pares ou de diferentes áreas, somam procedimentos, lado a lado, supondo que cumprindo sua parte garantirão a qualidade do todo da atenção à saúde.

O grupo de pesquisa reconheceu essa dificuldade destacada por Campos (2000) quanto à ordem organizacional tradicional, caracterizada pela delimitação estreita de territórios de cada categoria, e colocaram em discussão as ferramentas de que podem lançar mão para viabilizar a construção do trabalho em equipe e a sustentação ao longo do tempo, pois para Franco, Salgado e Santos (2011), o gerente é a figura que dará a liga aos processos de forma que o trabalho não seja compartimentado, que possa ser desenvolvido de forma interativa entre os diversos profissionais, e que integre os diversos processos produtores de saúde existentes no interior da unidade.

Os gerentes identificaram a necessidade de espaços de troca entre os profissionais e a educação permanente como instrumento de integração dos trabalhadores no projeto institucional, assim como, maior aproximação do gerente com as equipes com o intuito de compartilhar os objetivos do serviço de saúde e a finalidade do processo de trabalho, estimular vínculos do profissional com seus usuários, promover o envolvimento e compromisso das equipes com o projeto e com os usuários, além de estimular a autonomia das equipes na construção dos seus próprios processos de trabalho.

Essas estratégias discutidas pelos gerentes, reforça o que Fortuna (1999) menciona como potência do trabalho gerencial na reconfiguração das equipes, no sentido de maior integração e compartilhamento do poder, por meio do desencadeamento dos processos de

revisão do trabalho, da rede de micro - poderes e das materializações daquilo que está instituído, de maneira a revelar os objetivos em disputa no serviço e revelar o explícito e o implícito dos papéis assumidos.

Para garantir o funcionamento da organização como um todo, é necessária uma direção. Nesse caso, o gerente local, que tenha a função de harmonizar as atividades individuais e desenvolva as funções gerais. Marx (1994) aponta que todo trabalho social ou coletivo, executado em escala, necessita dessa direção.

Isso demonstra que o gerente tem um importante papel na liderança dos processos dentro da unidade, portanto é necessário que desenvolva habilidades na comunicação e transmissão de ideias para influenciar ou conduzir um grupo de pessoas na realização de um determinado objetivo.

O Ministério da Saúde (2019) corrobora com essa discussão do papel gerencial quando afirma que o gerente tem um papel importante na gestão e organização do processo de trabalho das equipes, otimizando o fluxo de atendimento ao cidadão que procura o Sistema Único de Saúde. Em 2017, as atribuições do gerente foram incluídas na PNAB, e o cargo do gerente passa a ser credenciado pelo MS, previsto na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Esses avanços reforçam também, a relevância da atuação da gerência nas unidades de atenção primária.

Embora o grupo de pesquisa tenha identificado a importância do trabalho em equipe interprofissional como uma ferramenta gerencial para o fortalecimento e consolidação da integralidade da saúde, sinalizaram dificuldade na sua operacionalização, pois os trabalhadores ainda desenvolvem suas ações de forma individualizada, pautados na lógica da profissionalização ainda hegemônica na formação dos profissionais da saúde, o que dificulta a organização dos profissionais como um grupo de trabalho, que envolve não só aquilo que está prescrito, mas também desejos, afetos e emoções. Os gerentes também apontam a sobrecarga de tarefas burocráticas que lhes são exigidas no dia a dia do trabalho, sobrando pouco tempo e energia para os espaços de construção coletiva do projeto institucional com as equipes, o que favorece ainda mais, práticas isoladas das categorias profissionais, e ações cada vez mais centralizadas na gerência local.

Campos e Domitti (2007) chamam atenção para a necessidade de mudanças na organização dos serviços para a prática do trabalho em equipe. As tomadas de decisão acerca do trabalho precisam ser descentralizadas do gerente aos trabalhadores, com transferência de responsabilidade e autoridade necessárias à eficácia das ações que foram planejadas.

Essa característica da prática gerencial burocratizada e normativa, em que as relações de poder são mais centralizadas, marca historicamente a gerência tradicional dos serviços de saúde, como uma atividade rotinizada, com poucas chances de criação, pré-determinada, com intensa padronização e inflexibilidade frente às normas colocadas (MISHIMA, 1995). Esse modelo se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho com maior participação dos trabalhadores e com uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais, conforme o grupo de pesquisa sinalizou no estudo.

Embora o grupo de pesquisa na sua totalidade, 12 participantes, tenha expressado a relevância do trabalho em equipe e as estratégias que podem ser utilizadas no dia a dia do serviço, entende-se que é um modelo gerencial que ainda não favorece essa prática, pois os gerentes mencionaram que deixam de estar próximos a seus trabalhadores em espaços para repensar o trabalho e planejar ações conjuntas, para responderem a demandas burocráticas que surgem a todo tempo, com curto prazo de resposta, o que reforça ainda mais o isolamento dos profissionais.

Além disso, observa-se um modelo de gerência ainda fortemente marcado pelo uso de tecnologias leves-duras, das normatizações burocráticas, pelo controle e execução de tarefas destinadas a alcançar o produto e o impacto esperado, em que as relações de poder são mais centralizadas (VANDERLEI & ALMEIDA, 2007).

Em relação às tecnologias do trabalho, Merhy (1998) as classifica em três tipos: tecnologias duras, referente às máquinas e instrumentos, tecnologias leves, das relações, do acolhimento, e as tecnologias leves-duras, que são os saberes bem estruturados. E, em seu entendimento, pensando a gerência como potencial de transformação do processo de trabalho, que deve ter como um dos instrumentos a construção de relação entre as pessoas, relata que os gerentes deveriam se apropriar mais das tecnologias leves na produção das ações de saúde com envolvimento dos trabalhadores, possibilitando práticas diferenciadas.

Uma outra competência levantada pelo grupo foi a mediação de conflitos, com os profissionais, usuários do território de abrangência da unidade, instâncias gestoras, Secretaria Municipal de Saúde-RJ (SMS), Coordenação de Área de Planejamento (CAP), Organização Social de Saúde (OSS), com os diversos setores do território e atores locais.

Dos 12 participantes da pesquisa, 11 alegaram ser a competência que mais realizam no dia a dia do serviço, ocupando grande parte do seu tempo de trabalho, e a que mais exige desenvolvimento de habilidades da gestão local. Apenas um gerente, apesar de identificar ser uma atribuição importante da gestão local, não apontou como a atividade de maior peso na sua rotina, justificando a existência de poucos conflitos que exigiam a mediação do gerente, pela

pouca rotatividade dos profissionais na unidade, integração dos membros das equipes, e forte articulação com os parceiros locais. Portanto, esses são fatores que influenciam as ações gerenciais na mediação dos diversos conflitos.

O grupo destacou a falta de um apoiador institucional com que possa direcioná-los na condução dos problemas, seja facilitando a articulação com os setores da CAP/OSS, seja acolhendo as angústias vivenciadas pelos gerentes e compartilhando ideias para a melhor tomada de decisão no enfrentamento das diversas situações que os gerentes se deparam. Os participantes também apontam que há apenas um profissional de referência por Área de Planejamento, na composição do quadro técnico da OS que atua no cargo de assessor institucional, mas que por conta do elevado número de unidades e sobrecarga de demandas para acompanhamento, acabam não desempenhando o seu papel com proximidade ao gestor local como gostariam.

Além disso, sinalizaram também, fragilidades no apoio de setores específicos da Organização Social (OS), como setor jurídico e gestão de pessoas, quanto ao retorno das respostas em tempo oportuno para embasar a condução do gerente em uma determinada situação de conflito. Essa dificuldade se agravou, segundo o grupo de pesquisa, no cenário atípico que enfrentaram no mês de novembro, junto às categorias profissionais, de greves e paralisações, pois com a demora nas orientações sobre a organização das escalas dos profissionais, medidas tiveram que ser tomadas sem prévia discussão.

Os gerentes destacam que esses problemas intensificam os conflitos dentro da unidade com os trabalhadores e exigem do gerente habilidades para avaliar a delicadeza do momento e definir a melhor forma de conduzirem, respeitando o direito das categorias, mas garantindo toda a oferta de serviços para os usuários.

Em novembro de 2019, a APS do município do RJ enfrentou um momento de crise financeira, com redução dos repasses para a ESF, o que significou redução do número de equipes ESF e ESB, NASF, além de atrasos salariais, falta de insumos e manutenção da infraestrutura das unidades, ocasionando greves e paralisações das categorias.

As falas a seguir do participante 3, expressam a percepção desses gerentes em relação a essas questões que impactam o processo de organização da unidade:

(...) Quando a gente coloca num grupo que a gente precisa minimamente de um respaldo, que a gente quer retorno, eu quero entender como é esse processo, pois recebemos a ata da assembleia dos farmacêuticos e eles irão entrar em greve...silêncio total, mas total mesmo, e a gente acaba tendo que tomar decisão, sem respaldo, e conduzindo da maneira que acharmos melhor.

(...) Não tem ninguém que chegue até a gente e pergunte como a gente está lidando com os problemas, com as relações, com tudo.

(...) Conflitos que o gerente não consegue resolver e não tem apoio para pelo menos ouvir o gerente, orientar.

Cabe ressaltar, que as questões levantadas, foram citadas pelo total de participantes da pesquisa, portanto há de se considerar uma atuação solitária dos gerentes no enfrentamento dos conflitos, tendo que tomar decisões muitas vezes sem nenhuma retaguarda institucional. Isso requer repensar tanto a configuração das equipes de profissionais de referência para os gerentes, no desenho das OS, assim como a reestruturação de fluxos internos dos setores para melhor resposta às demandas gerenciais.

Quanto à referência da necessidade do apoio institucional, Zarifian (2001) aponta que sempre acontecem problemas que superam as competências dos indivíduos, e que é de extrema importância que estes possam recorrer rapidamente a pessoas que atuam em nível de competência superior ao dos operadores comuns. É o que, em algumas empresas, é chamado de “apoios” ou “especialistas”, que possuem mais competência em determinada ocupação, como o especialista em informática, especialista em questões jurídicas.

Portanto, os gerentes reconhecem a necessidade do que Zarifian (2001) descreve como apoio, tanto como uma referência de um profissional que tenha conhecimento da realidade local das unidades, e do trabalho desenvolvido pelos gerentes, quanto ao apoio de setores com expertise em determinados assuntos que possam orientá-los na tomada de decisão. Mas expressam a falta dessa retaguarda no cotidiano do trabalho, seja por questões relacionadas à organização dos fluxos de resposta às demandas dos setores da OS, seja pela dificuldade de maior aproximação e suporte do profissional de referência das áreas.

O recurso do apoio institucional foi repetitivamente levantado pelo grupo de gerentes como necessário no cotidiano de trabalho. Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p.51), discutem o conceito de apoio como uma estratégia metodológica para fazer cogestão, isto é:

Negociação, mediação de conflitos, composição articulada de projetos, planos, mas pressupõe também ajuda para que os agentes consigam cumprir com os vários compromissos. (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013, p. 52).

A proposta não é suprimir algumas funções gerenciais com a inclusão do apoiador no processo, e sim buscar uma forma complementar para realizá-las que diminua o grau de distância entre os responsáveis pela gestão, que são sempre centrais na execução das tarefas como planejamento, coordenação e os trabalhadores, buscando estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais. O apoio institucional, segundo os autores, reúne recursos para lidar com essas relações entre sujeitos de um modo diferente da tradicional e

reconhece que as funções de gestão se exercem entre as pessoas, ainda que com distintos graus de saber e de poder (CAMPOS, CUNHA & FIGUEIREDO, 2013).

Portanto, embora seja reconhecido o importante papel das gerências nas unidades de atenção primária, os dados do estudo apontam que os gerentes sozinhos não são suficientes para dar conta de todas as respostas que o sistema de saúde com essa complexidade exige. Portanto, compreende-se a necessidade de intervenção de um apoiador, que é alguém externo ao grupo que irá operar os processos de trabalho, e ajudar o gerente a articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, buscando ampliar a capacidade e compreensão operacional dos coletivos.

Quanto às estratégias pensadas para mediar os conflitos, buscar parcerias dentro da própria unidade, junto aos profissionais das equipes, foi levantado por todos os participantes da pesquisa, conforme a fala do participante 4 destacada abaixo:

(...) a gente se sente tão sozinho...e se fora a gente não tem parceiros, pelo menos dentro, a gente tem que ter o apoio da equipe, porque senão não vai.

Para que isso aconteça, é necessário também um movimento do gerente de escuta qualificada dos problemas trazidos pelos trabalhadores, uma postura empática, e estar disponível para sua equipe. A gerência não pode ser uma barreira para os profissionais, e sim um facilitador dos processos, de maneira a escolher o melhor caminho para a gestão do conflito apresentado, com o envolvimento e comprometimento de toda a sua equipe.

Essa ideia vai ao encontro ao que Zarifian (2001, p.74), define como uma das dimensões da competência:

Faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de corresponsabilidade.

Isso significa dizer que em situações um pouco mais complexas, o gerente mobilizará competências dos outros profissionais, para apoiá-lo na tomada de decisões, tornando, portanto, coletivas as situações de trabalho (ZARIFIAN, 2001).

É dentro desse contexto que o grupo de pesquisa mencionou como potencialidade o trabalho desenvolvido próximo aos responsáveis técnicos, médico e enfermeiro, incentivando-os a se aproximarem do gestor local, e participarem mais da tomada de decisão. Zarifian (2001) nos ensina que há um grande número de disfunções, de desperdícios de recursos ou de maus desempenhos nas empresas. Isso se deve, principalmente, à má qualidade da cooperação entre os atores.

Espera-se um movimento do gerente em estreitar a comunicação com esses parceiros, envolvendo-os nos processos da unidade, pois, segundo Zarifian (2001), os profissionais só disponibilizarão suas competências se experimentarem o sentimento de participar das mesmas implicações de uma situação, o que possibilitaria dar um sentido coletivo às ações, construindo um futuro comum. Participar das implicações significa igualmente saber o que se pode partilhar e o que deverá seguir no campo de interesses antagônicos. E, para obter sucesso no engajamento e na construção coletiva, a equipe precisa compreender o sentido comum da ação.

Porém, não se trata de compartilhar responsabilidades com os profissionais, pois a responsabilidade deve ser assumida individualmente pelo gerente. A participação nas implicações de atividades profissionais, as redes de ajuda mútua e as intervenções coletivas em torno das situações apresentadas no dia a dia do trabalho nas unidades, colocam a questão da corresponsabilidade (ZARIFIAN, 2001).

Apesar do desejo dos gerentes em contar com o apoio desses profissionais de referência na unidade, foi apontada por 8 gerentes a dificuldade desse movimento dos responsáveis técnicos, o que para Franco, Santos e Salgado (2011), tem relação com a forma tradicional de como estão organizados os processos de trabalho, tomando por base as categorias profissionais, focadas em seus núcleos de competência, e não a produção de objetivos comuns. Conseqüentemente, observa-se um processo de trabalho fragmentado e tarefas excessivamente divididas.

Em contrapartida, experiências exitosas foram levantadas pelos outros gerentes, que sinalizaram contar com o apoio dos seus responsáveis técnicos, médicos e enfermeiros, nas discussões de temas do processo de trabalho da unidade, nos espaços de reuniões técnicas, reuniões de equipes e sessões clínicas. Além disso, todos os gerentes do grupo destacaram ter um profissional de referência das linhas de cuidado, que tem a função de organizar e fazer funcionar os fluxos assistenciais. Portanto, essa competência do gestor local de provocar outros profissionais a se envolverem com os processos da unidade, é uma forma de corresponsabilizá-los, e assegurar o compromisso com a qualidade do serviço ofertado, além de fortalecer o gestor local nas decisões a serem tomadas.

Franco, Santos e Salgado (2011) apontam ainda ser dominante o conceito de recursos humanos na elaboração de metodologias de gestão em saúde, em que se deduz que o gerente tem no seu imaginário que os trabalhadores são meros recursos que devem a priori viabilizar as ações por ele planejadas, e os trabalhadores não se reconhecem como importantes nesse processo, gerando desresponsabilização pelo trabalho e cuidado do usuário.

Os dados dessa pesquisa apontam para um pensamento da gestão local diferente do que se espera de uma administração mais tradicional, na qual somente os gerentes pensam e planejam, e os trabalhadores apenas executam. As falas abaixo destacam o movimento do gestor local para envolver os trabalhadores na organização da unidade:

(...)toda a elaboração de fluxos da unidade é construída com os funcionários, então como é algo que eles participaram, eles respeitam. (Participante 5)

(...)é com eles que a gente vai construir. A partir daquilo que a gente acredita, e a partir daquilo que a gente entende que precisa colocar em prática dentro das condições que a gente tem hoje. (Participante 12)

A proposta dos gerentes é motivar a participação dos trabalhadores na identificação dos problemas e na construção coletiva do processo de trabalho, sempre de acordo com a realidade vivenciada e com as particularidades de cada território. Para isso, expressam a necessidade de garantir espaços de diálogo, como reuniões de categorias, reuniões de módulos, sessões clínicas, vistos como ferramentas vigorosas que o gerente deve se apropriar, com o objetivo de manter um canal de comunicação aberto e agregador.

A habilidade necessária identificada pelos participantes para a gestão do conflito, se desenvolve a partir da vivência de cada situação, na troca com a equipe e com os outros gerentes, conforme o participante 1 expressa na fala abaixo:

(...) não tem um livro e não tem ninguém que nos ensine a fazer isso, isso vem e a gente aprende no dia a dia.

Isso significa que a dinâmica da aprendizagem está relacionada às experiências vividas no dia a dia do trabalho, como explica Zarifian (2001) ao se referir à dimensão da competência definida como um entendimento prático de situações que se apoia em conhecimentos que são adquiridos ao longo do tempo, e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.

Quanto maior for a diversidade das situações vivenciadas pelo profissional, mais intensamente serão modificados os conhecimentos. Na medida em que o gerente se depara com os diversos problemas no seu dia a dia de trabalho, aprende melhor e mais rápido, pois “a repetição da desestabilização de esquemas cognitivos adquiridos (acomodação) permite-lhe estar aberto à aprendizagem do novo” (ZARIFIAN, 2001, p. 72).

Porém, o autor chama a atenção para que haja um equilíbrio entre o tempo e o aprofundamento necessário ao alcance pleno do entendimento de uma determinada situação, para que os novos conhecimentos se organizem e haja o confronto com situações novas. Esse

equilíbrio coloca-se como um problema para a organização do trabalho gerencial, pois o grupo de pesquisa aponta que no cotidiano do trabalho há uma diversidade de problemas que se apresentam a todo momento, somados ao excesso de demandas burocráticas. Destaca-se a fala dos gerentes de como se percebem no trabalho:

(...) Gerente é um grande resolvidor de problemas. No momento de crise há diversos problemas e você acaba sendo o mediador das questões de greve dos profissionais, com os usuários, e ao mesmo tempo, tentando ter sensibilidade para as demandas que esses usuários trazem, e manter a unidade de pé. É um pouco estar ao lado dos profissionais, e do usuário, respeitando o momento crítico, e tentando de alguma forma mediar essas questões. (Participante 3).

Sendo assim, há de se pensar em estratégias de gestão, como a mobilização da rede de profissionais, já discutida anteriormente, que possam se implicar em torno das mesmas situações que se apresentam no ambiente de trabalho. Essa é uma potencialidade do conflito: promover uma comunicação mais efetiva e próxima entre os profissionais, além de permitir que a equipe amadureça, e crie estratégias de enfrentamento junto aos seus pares.

Uma outra ferramenta levantada pelo grupo para viabilizar o desenvolvimento de habilidades na mediação dos conflitos, são os espaços para compartilhamento de ideias, trocas de experiências exitosas com os outros gerentes, encontros mais frequentes que oportunizem partilhar saberes e, conseqüentemente, fortaleçam a gestão local.

O grupo enfatizou que as reuniões que ocorrem nas Coordenações de Área (CAPs) se configuram apenas como espaços para informes gerais, ou pautas da coordenação das linhas de cuidado, que se limitam a repassar diretrizes sobre a operacionalização dos protocolos na unidade, sem a abertura de espaços para diálogo e construção de ações planejadas com o gestor local, que levem em consideração principalmente as especificidades de cada território. Esse dado aponta para uma necessidade de revisão do formato das reuniões com as Coordenações de Área, além de evidenciar um potente espaço de formação do gerente, a partir da vivência do serviço e reflexão sobre a prática.

Os encontros dos gerentes com a pesquisadora para a realização dessa pesquisa, permitiu que cada gerente trouxesse para o grupo sua opinião sobre o processo de trabalho gerencial, dificuldades e possibilidades encontradas, além de permitir que os participantes dividissem suas angústias do dia a de trabalho. Um espaço de educação permanente que permitiu trocas, escuta e construção de estratégias no coletivo, para viabilizar as competências identificadas pelo grupo, e para desenvolver os gerentes nas habilidades essenciais para ocupação do cargo, qualificando-os.

A literatura menciona que esses espaços de educação permanente, possibilitam mudanças nos processos, nas relações, na saúde e nos indivíduos, pois permitem a reflexão crítica sobre as práticas de gestão, atenção e formação, por ser um processo educativo que envolve o trabalho. É um espaço que propicia aos participantes falar sobre os problemas, nós críticos, construindo soluções coletivamente (CAROTTA; KAWAMURA & SALAZAR, 2009).

Corroborando com as autoras, Ceccim e Ferla (2009) evidenciam o significado da educação permanente como prática de ensino-aprendizagem:

Significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

Portanto, esses espaços constituem-se em importante ferramenta de educação permanente, que se apoia no conceito de ensino problematizador, inserido de maneira crítica na realidade, e de aprendizagem significativa, interessada nas experiências vividas pelos profissionais. Esses encontros possibilitam a produção de conhecimentos para o grupo a partir das reflexões dos problemas vivenciados no dia a dia do trabalho, o que contribui no desenvolvimento de habilidades para enfrentamento das situações com as quais se deparam.

Além disso, colocar o trabalho e as práticas cotidianas em análise, possibilita o estranhamento da realidade e a desacomodação com os saberes e práticas que estejam vigentes em cada lugar, constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber (CECCIM & FERLA, 2009).

O estudo de André, Ciampone e Santelle (2013) corrobora com os apontamentos dos gerentes quanto a necessidade da macro gestão rever a metodologia dos espaços de comunicação com a gestão local, pois as novas tendências no gerenciamento de unidades de atenção básica, implica a necessidade de implementação de estratégias que contribuam com a formação de profissionais de saúde com perfil de competências que atendam ao novo cenário. Exige além de conhecimentos técnicos específicos da área, o desenvolvimento de novas habilidades que serão permeadas por mudanças práticas na atitude perante o trabalho.

Portanto, a formação e as ações de educação permanente desses profissionais que assumem e irão assumir esse papel de liderança nos serviços devem estar alinhadas com as necessidades atuais do modelo de gestão que requer um novo perfil de gestor de saúde, com formação e competências específicas para a função.

Ainda relacionado à formação do gerente necessária para sua qualificação enquanto protagonista da unidade de atenção primária, o grupo também mencionou a competência relacionada à tomada de iniciativa e assumir responsabilidade diante de situações profissionais com as quais o gerente se depara. Essa atuação do gerente na tomada de decisão, o coloca em uma função diferenciada, e, portanto, implica que ele se qualifique para suportar, interagir e compreender as dificuldades e conflitos, reconhecendo-se como integrante da equipe de trabalho, porém não como mais um ou qualquer um, mas como aquele que desempenha um papel de liderança (ONOCKO CAMPOS, 2003).

Essa habilidade gerencial, enfatiza a mudança na organização do trabalho: o recuo da prescrição, a abertura de espaço para a autonomia e a automobilização do indivíduo. Portanto, quando o gerente de uma unidade assume uma situação de trabalho e se responsabiliza por ela, ele assume em pessoa a responsabilidade pela avaliação da situação, pela iniciativa que pode exigir e pelos efeitos que vão decorrer dessa situação (ZARIFIAN, 2001).

Porém, no modelo de gerência atual da APS, que é praticado no MRJ, a autonomia que Zarifian (2001) entende como imprescindível na tomada de decisão gerencial, foi apontada pela totalidade do grupo de pesquisa, como algo ainda muito distante. Relataram que essa falta de autonomia é mais perceptível nas questões referente ao gerenciamento de pessoas, pois quando há necessidade de movimentação de recursos humanos, por exemplo, exige-se uma avaliação e definição das instâncias gestoras, CAP e OSS, que muitas das vezes não atende o desejo do gestor local.

Para Junqueira e Inojosa (1922), promover a mobilização dos profissionais e realocá-los a partir do seu desempenho, é uma condição que permite ao gerente a possibilidade de atuar como o elemento determinante da eficácia dos serviços de saúde. Portanto, essa flexibilização na organização dos seus recursos humanos, é reconhecida pelo grupo de pesquisa como uma dificuldade encontrada na configuração do modelo gerencial.

Soma-se a isso, as diversas demandas que recebem de forma fragmentada das instâncias gestoras superiores, com curto prazo para respostas, sem levar em consideração a realidade de cada unidade, além da avaliação do próprio gestor local das condições estruturais e de organização dos processos da unidade, que permitam ou não dar respostas às solicitações.

Esse dado demonstra que é retirado do gerente o poder de decisão, pois há um atropelamento em todo o planejamento gerencial que tem como referência os princípios da APS, e dependendo do tipo de demanda, torna-se um retrabalho para o gerente, pois desconsidera-se

também instrumentos que já possam estar sendo utilizados no trabalho com as equipes. As falas abaixo dos participantes 6 e 11, respectivamente, expressam a percepção sobre a falta de autonomia nos processos gerenciais:

(...)A gente recebeu determinações e tivemos processos sendo implantados que não vão ao encontro com aquilo que a gente acredita...”

(...) Eu acho que a gente está em um processo de inversão de tudo que a gente gostaria de colocar em prática, que a gente gostaria que funcionasse.

Essas falas demonstram a necessidade de maior participação da gerência nas decisões, o que significa descentralizar o poder das instituições superiores demandantes, diminuindo a rigidez organizacional, e permitindo práticas mais horizontais.

Junqueira e Inojosa (1922), afirmam que:

As atuais estruturas organizacionais de todos os níveis do sistema, federal, estadual e municipal, seguem, via de regra, um modelo verticalizado e hierarquizado que castra as possibilidades de inovação, que reduz os gerentes a cumpridores de normas e determinações superiores, e que, de outro lado, abre caminho para que, através dessas "determinações superiores", reais ou fictícias, se instalem o patrimonialismo e o clientelismo nas organizações.

Essa dificuldade relatada pelos gerentes, remete a uma prática gerencial ainda muito centrada na lógica tradicional taylorista, fordista e weberiana, normatizada e burocrática, focada na organização administrativa e sistematização do trabalho, que se utiliza prioritariamente das tecnologias duras (CARVALHO et al, 2013 apud VANDERLEI & ALMEIDA, 2007; FRACOLI & EGRY,2001).

Campos (2007) apud Carvalho et al (2013) corroboram com o que o grupo de pesquisa identificou, e apontam que o gerente para atuar na organização e gestão do trabalho no cotidiano dos serviços, precisa ter autonomia e poder decisório neste espaço de gestão, além de exercer a sua prática baseada em novos paradigmas de gerenciamento, com flexibilidade organizacional, abertura para inovações, não assumindo apenas o papel de regulamentar e controlar o trabalho dos demais trabalhadores e processos, pautado em padronizações técnicas e normas.

Uma competência muito discutida pela totalidade do grupo foi a capacidade do gerente em saber dialogar com os diversos setores da comunidade, usuários e instâncias gestoras (SMS, CAP e OSS), fortalecendo a rede de apoio no gerenciamento de conflitos, que muitas vezes ultrapassam o ambiente da unidade. Na gestão de conflitos com os equipamentos sociais do território, sinalizaram que em alguns momentos encontram dificuldades, pela não compreensão desses atores do conceito de saúde, o que exige do gestor local habilidades de negociação, e

construção de vínculos, para aproximar o diálogo com esses parceiros locais como: associação de moradores, escolas, ONGs, secretaria de segurança, urbanismo, etc.

A prática do colegiado gestor foi apontada por todos os gerentes como ferramenta essencial nessa articulação, pois favorece a construção de uma agenda permanente de reflexões e propostas que reúne usuários, profissionais das equipes, gestor, e setores da comunidade, para qualificação e fortalecimento da APS a partir da realidade local.

O Colegiado também foi citado pelo grupo como uma estratégia que o gerente se apropria para provocar a integração dos equipamentos sociais, e pensar ações coletivas de melhoria da saúde. Os planos de intervenção dos gerentes sobre os condicionantes da saúde esbarram em dificuldades, pois os equipamentos sociais atuam ainda de forma individualizada.

A mediação de questões políticas dentro do território, foi pontuado de forma enfática por todos os gerentes participantes da pesquisa. Destacaram que constantemente se deparam com pedidos políticos que não respeitam a lógica do sistema da APS de acompanhamento dos usuários cadastrados da área adscrita. Para a mediação desses conflitos, os gerentes reforçaram a importância de manterem um diálogo transparente e próximo às equipes, de forma que os trabalhadores compreendam a situação que se apresenta e sejam o apoio necessário ao gerente. Apesar do desconforto sinalizado pelo grupo de terem que tomar determinadas medidas em momentos pontuais, reforçam sempre com os trabalhadores nos espaços coletivos, os princípios e diretrizes do SUS que permeiam toda a organização do acesso aos serviços na unidade.

Ainda dentro dessa categoria de análise, a governança clínica foi uma competência gerencial apontada pelo grupo. Espera-se que o gerente seja capaz de fazer a gestão do trabalho com foco na qualidade do atendimento ao usuário.

Padilha et al (2018, p .2) define governança clínica como:

Um sistema por meio do qual as organizações de saúde se comprometem em melhorar continuamente os seus serviços e manter elevados padrões de cuidados, criando um ambiente propício à excelência clínica.

Portanto, é papel da gestão local, promover ações que qualifiquem os processos produtivos no campo da saúde, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão e educação, tendo como centralidade a produção de uma atenção integral à saúde, com segurança e qualidade, orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações (PADILHA et al, 2018).

Algumas ações gerenciais para a melhoria da qualidade do cuidado foram citadas pelo grupo: a construção coletiva de fluxos internos para a operacionalização das linhas de cuidado; procedimento operacional padrão para a organização do acolhimento, espaços de discussão de

casos clínicos com os trabalhadores, incluindo residentes e preceptores da Residência Médica, de Enfermagem e da Multiprofissional; planejamento e definição de ações e metas; utilização de relatórios de monitoramento e avaliação de indicadores discutidos em reuniões técnicas com os profissionais e identificação de necessidades de treinamentos para os membros das equipes. E, apesar do grupo ter identificado várias estratégias para promover mudanças nas práticas que qualifiquem o cuidado ofertado, sinalizou-se que esse objetivo é dificultado pelas fragilidades encontradas no trabalho em equipe, já mencionadas e discutidas neste capítulo.

Esses exemplos vão ao encontro dos sete pilares para a governança clínica, citados no estudo de Padilha et al (2018): efetividade clínica, auditoria clínica, gerenciamento de risco, uso da informação, educação e treinamento, gerenciamento de pessoas e envolvimento do paciente.

As falas abaixo do participante 2, apontam os instrumentos gerenciais dos quais os gerentes se apropriaram, com o objetivo de qualificar a produção do cuidado:

(...) Aí eu aciono minhas RTs a gente faz estudo de casos para ver o óbito que poderia ser evitado e onde a gente pode melhorar.
 (...) a gente costuma fazer sessões clínicas para discutir os processos mais internos, e ver quais são os problemas em determinada linha de cuidado, e aí a gente consegue trocar mais.”
 (...) A gente está tentando implantar pop, cada unidade tem o seu fluxo próprio de direcionamento.

E todo esse processo deve ser mediado pelo gerente, que tem a liderança de conduzir e eleger coletivamente as prioridades e necessidades locais (ROLAND & BAKER, 1999).

Em relação às prioridades na agenda de trabalho do gerente, pensando o processo de coordenação e organização das demandas que lhes são exigidas no cotidiano, o grupo de pesquisa também mencionou sobre a importância de fazer gestão do tempo. Embora essa competência exija do gerente ser capaz de reservar tempo na agenda para questões estratégicas da organização, muitas vezes foge à sua governabilidade, em razão do excesso de demandas burocráticas, e não sobra tempo para execução do seu planejamento inicial com base nas reais necessidades identificadas.

Dessa forma, na categoria do processo de trabalho em saúde o gerente de uma unidade de APS apresentou competências como: mediar conflitos com profissionais, instâncias gestoras, políticas, usuários e equipamentos sociais do território; gerenciar processos da produção do cuidado com foco no trabalho em equipe, valorizando ferramentas de integração e participação dos trabalhadores, como os espaços de educação permanente; ser bom negociador;

responsabilizar-se e comprometer-se; gerenciar tempo; e saber liderar e organizar as demandas prioritárias locais.

A gestão dos conflitos para o grupo de pesquisa gera oportunidades de reflexão sobre a situação vivenciada, e permite avaliar erros na condução e propor melhorias.

5.2.2 Gestão das Linhas de Cuidado Integral

Quadro 2- Quadro síntese das competências

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Estratégias
Pactuar fluxos assistenciais com os outros serviços do território	Falta de governabilidade para garantir que a rede funcione para além da UAP	Ter uma rede de saúde no território que garanta o acesso do usuário aos demais serviços com a APS coordenando o cuidado,	Organização interna dos serviços; promover fóruns de rede; proximidade com os profissionais de referência dos outros serviços do território;
Garantir a integralidade das linhas de cuidado na unidade	Perfil profissional; trabalho interprofissional como foco no cuidado integral	Promover cuidado integral do usuário, com garantia de encaminhamentos responsáveis.	Envolvimento dos trabalhadores na construção e manutenção dos fluxos do cuidado; identificar profissionais de referência nas unidades como apoio na operacionalização das linhas de cuidado; ampliar espaços de treinamento, educação permanente

Fonte: Elaboração própria, 2020

Linha de cuidado integral é definida como os fluxos assistenciais seguros e garantidos aos usuários, a fim de atender às suas necessidades de saúde. Caracterizada por todo o itinerário que o usuário faz por dentro da rede, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, como os equipamentos comunitários e de assistência social.

A equipe de atenção primária além de organizar a Linha de cuidado do ponto de vista dos fluxos assistenciais, é cogestora do projeto terapêutico elaborado para os usuários, se responsabilizando pela produção do cuidado e coordenando o acesso a outros níveis de assistência da rede de atenção à saúde (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

O grupo de pesquisa reconheceu como uma competência gerencial a pactuação de fluxos assistenciais com os outros serviços do território, garantindo a articulação da unidade com os demais serviços da rede, necessária à integralidade da atenção.

Essa competência é reafirmada pelo Ministério da Saúde (2019), que aponta como atribuição do gestor local, conhecer a rede de atenção à saúde, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na APS e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis.

A rede de atenção à saúde é definida por Mendes (2010) como organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, que estão interligados entre si por objetivos comuns, e por uma ação de cooperação que permitem ofertar aos usuários uma atenção contínua e integral, sendo que a coordenação desse cuidado é feita pela atenção primária à saúde, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

E para que haja o funcionamento dessa rede, é necessário um acordo de funcionamento feito por todos os gerentes, coordenações, chefias, em relação aos fluxos entre os que gerenciam as Unidades de Atenção Primária, os serviços de urgência e emergência, rede de apoio diagnóstico e terapêutico, assim como áreas-meio da Secretaria de Saúde. É a partir da compreensão de que os serviços de saúde precisam se organizar centrados nas necessidades dos usuários, e do pacto firmado entre os serviços do território, que vai garantir que os fluxos entre os serviços funcionem de forma organizada (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Dessa forma, a gestão da linha de cuidado integral é uma ferramenta que ajuda a organizar a rede, e para isso, não basta só ter estrutura, é necessário que o sistema de governança com pactuações efetivas e logística, funcionem combinados com a intencionalidade dos trabalhadores em operar fluxos entre si e os diversos serviços (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

O grupo de participantes, em sua totalidade, reconhece que é nesse momento que o gerente de uma unidade de APS tem potencial para orquestrar todo esse movimento de garantir a organização interna dos serviços que a sua unidade oferta à população. Esse objetivo é atingido por meio da construção coletiva de fluxos do processo de trabalho, onde os trabalhadores precisam estar envolvidos com o acolhimento dos usuários, fazer uma escuta qualificada do problema de saúde, resolver e, se necessário, fazer o encaminhamento seguro dentro da rede.

Porém, embora se comprometam com a construção de fluxos do cuidado internos da unidade, sinalizaram não terem governabilidade para garantir o funcionamento de uma linha de cuidado para além da unidade de saúde que eles gerenciam. Franco, Santos e Salgado (2011) apontam que o fato do gerente garantir a organização interna no funcionamento dos serviços, já faz uma grande diferença para a população, e quanto melhor o gerente puder ofertar os serviços, melhor será a eficácia e o reconhecimento dos usuários, aumentando a legitimidade desse gestor local junto à população.

Estratégias levantadas pelo grupo que podem melhorar a articulação das unidades de APS com os outros serviços da rede: aproximar a comunicação com os profissionais de referência desses serviços, por meio da proposição de um fórum de rede para discussão de casos, visita aos equipamentos de saúde da rede para melhor entendimento do seu funcionamento, e uso de ferramentas de comunicação que facilitem a integração dos profissionais e dê agilidade no acompanhamento das pactuações da rede assistencial do cuidado aos usuários.

Foi sinalizada pelos gerentes que participaram do estudo, a necessidade de identificarem profissionais das equipes com habilidades e perfil para atuarem como referência da linha de cuidado na unidade, favorecendo a operacionalização das normas e ações no cotidiano do processo de trabalho.

Apesar de que nem sempre conseguem identificar no corpo técnico profissionais com perfil qualificado para assumir uma referência de uma determinada linha de cuidado. Isso gera sobrecarga de trabalho para o gestor local, que precisa estar mais à frente no acompanhamento das demandas assistenciais, pois esse profissional escolhido ainda precisa desenvolver a expertise necessária para o adequado acompanhamento dos protocolos assistenciais, avaliação de inconsistências, e monitoramento dos fluxos estabelecidos.

Além disso, o grupo mencionou existir um excesso de trabalho para esses profissionais de referência, pois além do cumprimento de suas atividades diárias na equipe, são acionados constantemente para fornecerem informações ao profissional de referência da linha de cuidado, que faz a interlocução com as unidades e está lotado na Coordenação de Área. Isso foi destacado como uma fragilidade para os processos de identificação de problemas e planejamento de ações, com o objetivo de provocar melhorias nos indicadores de saúde, pois o gestor local deixa de ter esses parceiros mais disponíveis para contribuir nesse movimento.

Nota-se que as questões trazidas pelo grupo de pesquisa, corroboram com o que os autores Franco, Santos e Salgado (2011) reforçam sobre ser fundamental para a gestão das Linhas de Cuidado Integral, ter uma referência nas unidades, pensando, operacionalizando os fluxos e garantindo a vigilância dos caminhos de acesso aos serviços para que não haja burocratização. Esses profissionais precisam ter conhecimento dos fluxos e ter trânsito entre todos os serviços, portanto, deve ser alguém com capacidade técnica na condução dos protocolos assistenciais.

Destaca-se abaixo a percepção do gerente, participante 4, quanto a importância do profissional de referência:

(...)precisamos descobrir na equipe potencialidades dos profissionais que possam trazê-los a nos apoiar.

(...) cada enfermeiro tem o compromisso de acompanhar uma linha de cuidado, e é com eles que eu conto na hora que preciso organizar os fluxos na sala de vacina, fazer o monitoramento da tuberculose, saber informações do estoque de insumos de um determinado programa.

Nota-se a valorização desse profissional na rotina de trabalho do gerente, e o quanto eles podem colaborar na operacionalização dos protocolos assistenciais, organização dos setores da unidade, para o pleno funcionamento do serviço.

Salienta-se a fundamental importância das ações do gestor local para garantia da integralidade das linhas de cuidado, promovendo mecanismos para articulação da rede de serviços do território; estimulando o envolvimento dos trabalhadores na construção e manutenção dos fluxos do cuidado que garantam o acesso dos usuários aos serviços da unidade, e o encaminhamento responsável para outros níveis de atenção, quando necessário. Além da função de potencializar determinadas qualidades dos profissionais que possam colaborar na vigilância do pleno funcionamento das linhas de cuidado.

5.2.3 Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde

Quadro 3- Quadro síntese das competências

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Estratégias
Avaliação da situação de saúde da população, juntamente com os trabalhadores	Reunir os profissionais nos espaços coletivos para reflexão e discussão dos indicadores	Conhecimento da realidade e das vulnerabilidades que precisam ser priorizadas nos planos de ação.	Realizar diagnóstico situacional junto aos profissionais identificando necessidades de intervenção; utilizar os sistemas de informação extraindo dados de produção, indicadores.
Uso do sistema de informação para planejamento de ações, monitoramento e avaliação	Sistema não gera relatórios que sistematizem as informações produzidas; criação de instrumentos paralelos para acompanhamento; dados inconsistentes	Planos de intervenção com base em informações produzidas pelas equipes	Acompanhamento das informações juntos às equipes nos espaços de reunião de equipe, reunião de módulo e categoria; utilizar as ferramentas que as equipes já utilizam; potencializar o trabalho dos Responsáveis Técnicos, médico e de enfermagem

Fonte: Elaboração própria, 2020

Franco, Santos e Salgado (2011) atentam para a necessidade de reflexão do gerente, para o uso de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação nas suas atividades cotidianas no âmbito da gestão.

Então, para que o gestor local desenvolva o processo de planejamento, execução e avaliação, precisa conhecer o território adscrito à sua unidade, entender o sentido de equipe, valorizando a multiplicidade de olhares necessários à elaboração dos planos de intervenção.

Dentro desse contexto, o grupo de pesquisa em sua totalidade, identificou como uma competência gerencial, atuar na avaliação das condicionalidades de saúde da população, juntamente com os trabalhadores, identificar prioridades de intervenção, e traçar planos de ação para enfrentamento dos problemas.

Para isso, sinalizam que uma etapa fundamental da atuação do gerente é estimular a realização do diagnóstico situacional do território e se apropriar do sistema de informação para monitoramento das informações geradas pelas equipes.

Esses dados fornecidos pelo sistema E-SUS, estratégia do departamento de saúde da família para reestruturar as informações da APS em nível nacional, assim como pelos demais

sistemas de informação para vigilância epidemiológica: SINAN, SIM, SINASC, SISPRENATAL, entre outros, servem de base, por meio de indicadores de saúde, produção das equipes, para que o gestor local analise a situação de saúde da sua população, e tome as decisões quanto aos planos de intervenção.

O fato de cerca de 100% dos participantes da pesquisa apontarem que discutem os indicadores e metas pactuadas com a equipe de trabalho, pode indicar que esses gerentes incorporam os resultados das informações nos processos da tomada de decisão, e que a identificação de problemas e planejamento das ações são feitas de forma participativa.

Cabe destacar, um nó crítico que dificulta o uso de indicadores, é a falta de relatórios que sistematizem a informação produzida pelas equipes no prontuário eletrônico. O sistema não disponibiliza relatórios gerenciais que possam instrumentalizar o trabalho do gerente na vigilância ativa dos agravos. Além disso, apresenta muitas inconsistências, e não gera informações fáceis de manejar.

Essas dificuldades foram enfatizadas pelos gerentes como um retrocesso na qualidade da ferramenta de informação, pois trabalhavam anteriormente com um sistema que fornecia relatórios gerenciais detalhados, permitindo avaliar a situação de saúde do seu território com mais rapidez e facilidade. Essa insuficiência do sistema, provocou a necessidade do gerente construir instrumentos paralelos para monitoramento dos indicadores, como a criação de planilhas para preenchimento das equipes, com informações das linhas de cuidado.

Carvalho et al (2014, p.911), apontam que:

Os sistemas de informação ainda não estão totalmente articulados às linhas reais de intervenção. (...) É fundamental importância que as informações estejam localizáveis, acessíveis, e forneçam elementos para construir a cadeia explicativa dos problemas dos sistemas de saúde ou do território de abrangência, ou seja, possa subsidiar o planejamento e avaliação das ações.

Os gerentes, durante a discussão no grupo focal, externaram preocupações quanto às dificuldades encontradas na obtenção de informações no atual prontuário eletrônico, para monitoramento dos indicadores.

(...) As Informações geradas pelo prontuário o gerente não consegue buscar de uma forma rápida, e dependendo do dado que é solicitado, você precisa procurar registro por registro, além de ter várias interpretações no momento do registro do profissional, na codificação.

(...) A gente está tendo que inventar a roda, a gente construiu uma planilha no drive para cada equipe, uma aba para cada linha de cuidado, e vai preenchendo um a um, para ver se minimamente a gente consegue fazer o acompanhamento da linha de cuidado.

O grupo também mencionou que há falta de padronização nas ferramentas e formas para o acompanhamento das informações produzidas pelas equipes, que são cobradas diariamente pela instância gestora superior. O atual cenário tem atropelado os processos de trabalho gerenciais, com sobrecarga de tarefas burocráticas que demandam tempo, e desconsideram os instrumentos que o próprio gerente já utiliza na unidade para monitoramento dos dados. Esse dado reflete que na rotina do gerente há um constante retrabalho no preenchimento de planilhas, acarretando um distanciamento do gestor local das atividades técnicas junto às equipes. As informações são fornecidas e não retornam com uma análise que possa subsidiar a tomada de decisão do gerente na definição de ações.

Abaixo, as falas dos gerentes, participantes 7,8 e 12, demonstrando fragilidades no formato de acompanhamento das informações da macrogestão:

(...) É nosso papel monitorar, organizar e propor, e aí a gente precisa construir coisas no micro, mais local, e vão surgindo outras coisas no macro que ao invés de ajudar, estão atrapalhando. A gente está num retrabalho constante, porque a gente tenta no micro, aí vem uma coisa do macro que acaba com tudo o que estamos tentando construir, está ficando impraticável assim.

(...)A gente vai inventando, e aí por outro lado vão surgindo trezentas outras planilhas que a CAP solicita para tentar levantar o número de DIU, o número de preventivos, número de insulino-dependentes, número disso, número daquilo, e aí vai construindo uma coisa por cima da outra...precisamos padronizar, organizar, definir instrumentos para fazer o acompanhamento.

(...) Há uma transferência de quem é que deveria nos fomentar apoio a tomada de decisão. Então essa transferência que nos furta tempo, que nos furta potencial de desenvolvimento estratégico de intervenção junto às equipes, para alimentar uma planilha desproposital, que nos atravessa, diminuído o tempo de intervenção junto a equipe, população e trabalhadores.

Como proposta de melhoria nos processos de acompanhamento das informações produzidas nas unidades, relataram existir um setor nas CAPs, a Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA), que podem fornecer suporte ao gerente com informações qualificadas da análise sobre produção e indicadores das linhas de cuidado. Isso pode indicar, portanto, uma inversão de papéis, pois nesse contexto os gerentes se enxergaram como meros fornecedores de informações, quando existe um setor dedicado ao acompanhamento e controle dos dados de toda a área, que deveriam prover ações mais envolvidas com a qualificação da gestão da informação para os gestores locais e suas equipes.

Essas fragilidades apontadas pelo grupo de pesquisa referente ao sistema de informação, vão ao encontro do que Junqueira e Inojosa (1992) mencionam sobre a efetividade desses sistemas homogêneos, fechados, e centralizados, pois não estabelecem uma relação de

comunicação entre os níveis envolvidos, e esbarram em determinantes e lógicas de funcionamento diferentes.

As ferramentas de trabalho que o gerente pode lançar mão no cotidiano do trabalho para desenvolver planejamento, monitoramento e avaliação são: a realização de reuniões técnicas com os profissionais, reuniões de comissão de prontuário, discussão de casos clínicos, de forma a aproximar o gerente dos trabalhadores e facilitar o alcance de resultados. O grupo de pesquisa também apontou, o trabalho conjunto com as referências médica e de enfermagem da unidade, no apoio à identificação de necessidades de melhorias, no monitoramento dos agravos pelas equipes, e na execução das ações pactuadas. Isso deixa claro que o planejamento está embutido no interior do processo de gerenciamento do serviço, sendo uma ferramenta organizacional, integrante do processo de desenvolvimento das organizações (CUBAS, 2013).

5.2.4 Gestão do Conhecimento

Quadro 4- Quadro síntese das competências

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Estratégias
Responsável pela gestão de pessoas	Atitudes individualizadas dos profissionais; ruídos na comunicação; falta de autonomia gerencial para realizar movimentações	Estimular a grupalidade, compartilhar situações do dia a dia de forma que os trabalhadores se sintam responsáveis também pelo processo.	Atuar próximo aos profissionais, abertura para o diálogo, envolver os profissionais nos processos.
Capacidade de desenvolver uma comunicação efetiva	Características individuais de cada profissional, grau de maturidade, tempo de experiência; falta de fluxos bem desenhados na organização dos serviços; existência de ruídos.	Comprometimento dos profissionais com o projeto; obtenção de resultados pactuados com mais facilidade.	Priorizar o diálogo de forma permanente e não apenas em momentos pontuais; valorizar os espaços de construção coletiva; postura gerencial
Realizar avaliação de desempenho dos profissionais	Atividade não priorizada na agenda do gerente, pelo excesso de outras demandas burocráticas; não entendimento dos profissionais como algo positivo na rotina de trabalho.	Identificar potencialidades e fragilidades dos trabalhadores e promover capacitações com foco na qualidade do cuidado ofertado.	Realizar feedbacks de forma permanente com os profissionais; construir planos de desenvolvimento profissional; identificar potencialidades dos profissionais que possam contribuir nos espaços de treinamento como multiplicadores; aplicação de sanções disciplinares.

Prezar pelo bom clima organizacional	Objetivos individuais dos trabalhadores; competitividade; fluxos organizacionais mal desenhados.	Profissionais motivados para desenvolvimento das suas atividades; integração da equipe; possibilita o gerente identificar fatores que estão ocasionando insatisfação.	Postura acolhedora do gerente; estímulo às inovações; espaço aberto para diálogo; valorização do trabalho desempenhado pelos trabalhadores.
Desenvolver estratégias com foco na produção do conhecimento	Ambiente de trabalho desfavorável; comunicação pouco efetiva.	Criação de conhecimento que gere aprendizado com as trocas entre os profissionais; qualificação dos trabalhadores	Estímulo à cooperação, valorização de um ambiente dialogal, estímulo à criatividade; espaços de educação permanente

Fonte: Elaboração própria, 2020

Essa categoria de análise tem como foco os principais conceitos da gestão do conhecimento, tais como: Gestão de pessoas, Comunicação, e Clima organizacional. (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Cada vez mais as organizações públicas e privadas percebem que é preciso valorizar o saber dos profissionais, e que não basta somente ter informação. As unidades de saúde são organizações que possuem alta capacidade para construir e compartilhar conhecimento, vivem constantes desafios, e a velocidade das mudanças e inovações tecnológicas geram um grande impacto na produção de serviços e na competitividade. Esse avanço tecnológico tem exigido além de constante atualização, uma busca por novas práticas gerenciais.

É nesse contexto que a gestão do conhecimento se tornou uma importante estratégia na valorização do capital intelectual, e para o desenvolvimento de uma organização de saúde pública que gera conhecimento, é importante que haja alinhamento das ações da gestão de conhecimento às estratégias e objetivos organizacionais (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Cabe ressaltar, que a informação só gera conhecimento quando ela está contextualizada, constituída de significado (ANGELONI, 2003), e a atuação do gerente como negociador, que trabalha com o diálogo, autonomia, participação, tem na informação, o instrumento fundamental de sua ação. Isso requer do gerente a capacidade de captar, disseminar e utilizar a informação de forma interativa (JUNQUEIRA & INJOSA, 1992).

A gestão de pessoas tem sido a responsável pela excelência das organizações bem sucedidas e pelo aporte de capital intelectual que demonstra a importância do conhecimento construído pelas pessoas em plena Era da Informação. São as pessoas que produzem, tomam decisões, servem ao cliente, lideram, comunicam, motivam, gerenciam, supervisionam, e dirigem os negócios das empresas. Inclusive, dirigem outras pessoas, pois não existem organizações sem as pessoas, que as representam e lhes dão personalidade própria (CHIAVENATO, 2010).

Nesse contexto, o grupo de pesquisa identificou como competência do gerente a responsabilidade pela gestão de pessoas, o que, segundo Milkovich e Boudreau (2000 p.19), define-se como:

Decisões integradas que formam as relações de trabalho, e sua qualidade influencia diretamente a capacidade da organização e de seus empregados em atingirem objetivos.

Para os gerentes, isso significa dizer que eles são os principais responsáveis pelas equipes de trabalho, e que, portanto, precisam atuar próximos e abertos para o diálogo com os trabalhadores, na construção do processo de trabalho. Isso possibilita a concretização das estratégias empresariais delineadas para assegurar a efetividade organizacional (FINAMOR et al, 2010).

Essa postura do gestor local de proximidade aos profissionais e inclusão nos processos, é uma estratégia de apoio na mediação dos problemas que se apresentam no dia a dia, e uma maneira de fortalecer a tomada de decisão coletiva, também corresponsabilizando-os. As falas abaixo, sinalizam o entendimento do gerente quanto à importância do conhecimento das pessoas na organização:

(...) é com eles que a gente vai construir. A partir daquilo que a gente acredita, a partir daquilo que está prescrito, e a partir daquilo que a gente entende que precisa colocar em prática. (Participante 3)

(...)você tenta todas as maneiras de fazer com que seja no coletivo uma discussão, mas tem hora que você chega no olho do furacão, aí você tem que ser o que vai dar o ponto final. (Participante 7)

Apesar do gerente fazer um movimento de definição coletiva de ações com a sua equipe, cabe ressaltar que dependendo da situação que eles se deparam, a decisão é apenas do gerente, o que significa dizer que cabe ao gestor avaliar em que situações é ele quem precisa estar à frente e definir a melhor solução.

As reuniões de módulo, onde todos os trabalhadores estão reunidos, reuniões técnicas das categorias profissionais, e reuniões de equipe, são espaços ricos que os participantes da

pesquisa levantaram para compartilhar as situações do dia a dia, e estimular a grupalidade, reduzindo ruídos e individualização das situações.

Uma outra competência gerencial identificada, foi a capacidade de desenvolver uma comunicação assertiva, transparente, e ética com os trabalhadores.

Ressalta-se que, o total de participantes enfatizou que reconhecem a importância do gerente no esclarecimento do papel de cada profissional na unidade, o tipo de trabalho que deve ser desenvolvido por cada categoria, e os fluxos de trabalho existentes. Apenas 25% do grupo, mencionou que consegue priorizar essas atividades periodicamente na sua rotina, enquanto o restante só realiza quando identificam algum problema comportamental do profissional, que interfira diretamente no desenvolvimento do processo de trabalho. Isso mostra o quanto é importante no conjunto de atividades gerenciais, priorizar o diálogo com os trabalhadores de forma permanente, e não somente em momentos pontuais quando já existe o conflito.

Corroboram com esse pensamento Franco, Santos e Salgado (2011), quando apontam as barreiras na comunicação, geralmente conhecidos como ruídos, que interferem na sua eficácia, podendo gerar muitos conflitos. Problemas estruturais da organização, a cultura, crenças e valores, fatores emocionais, e outros, podem gerar os ruídos na comunicação, e consequentemente poderão provocar desânimo, falta de comprometimento e baixa produtividade.

Portanto, a comunicação deve ser entendida como um componente essencial e não apenas como um complemento da estratégia para um bom ambiente de trabalho. Ela tem por principal objetivo facilitar as relações e as colaborações dentro da organização (FRANCO; SANTOS & SALGADO, 2011).

Os autores destacam também, que comunicação efetiva com os outros gerentes do território é importante para que os gestores locais ganhem mais confiança, motivação e senso de oportunidade. O grupo também fez esta ponderação enfatizando a necessidade de criação de espaços de conversa com os outros gerentes da área para dividir as situações vivenciadas no ambiente de trabalho. É preciso que se alcance uma racionalidade comunicativa, com livre fluxo da informação, legitimidade, que aposte no entendimento discursivo, consensos, e no diálogo (HABERMAS, 1989).

O grupo de pesquisa mencionou que observam no ambiente de trabalho, um comportamento individualizado dos profissionais, explicado pela lógica da profissionalização, mas que também que pode ter relação com a falta de fluxos bem desenhados na unidade; pelas próprias características individuais do profissional; graus de maturidade; tempo de experiência,

e de uma comunicação pouco efetiva, essencial nas relações de trabalho. Esses fatores foram levantados pelo grupo como importantes no gerenciamento de pessoas e que devem ser avaliados pelo gestor local na condução com os trabalhadores. A fala destacada abaixo, do participante 12, expressa o pensamento do gerente quanto aos fatores que interferem na gestão de pessoas:

(...)mediar um conflito entre categorias, de pessoas que não tem o mesmo pensamento, nível diferentes de amadurecimento, experiência(...)gera mais conflito ainda (Participante 9).

Essas questões apontadas podem favorecer ou dificultar o gestor local na sua prática. É uma atribuição do gerente realizar avaliação de desempenho dos seus colaboradores, e nesse processo se faz necessário dar feedbacks oportunos quanto a atuação profissional. Dependendo do perfil desse colaborador, maturidade e a experiência, poderá reagir negativamente ao diálogo, e o gerente encontrar dificuldades em pactuar um plano de desenvolvimento profissional.

Pensando as outras ferramentas que também podem ser utilizadas como apoio no gerenciamento de pessoas, o total de participantes citaram a possibilidade da aplicação de sanções disciplinares, como advertências verbais, escritas e suspensão. Esses instrumentos podem ser utilizados no cotidiano do trabalho, caso o colaborador infrinja o contrato de trabalho.

Apesar de reconhecerem essas possibilidades, 25% do grupo declarou que não costuma recorrer a esses instrumentos, e prefere adotar medidas mais dialogais, com frequentes retornos aos profissionais, apontando suas fragilidades e potencialidades. O grupo entendeu que essa prática é mais efetiva. Os outros 9 gerentes, apontaram que mesclam os dois recursos e que dependendo da gravidade do ocorrido, necessitam lançar mão dos instrumentos disciplinares, que também configuram em uma oportunidade de feedback.

Nota-se que gerir pessoas é uma atividade marcante na rotina gerencial um verdadeiro desafio, e que cada gerente de acordo com as situações vividas no seu ambiente de trabalho, e a relação construída com seus profissionais, definirá o melhor caminho a seguir.

Outro ponto também relevante para a gerência de uma unidade discutido pelos gerentes participantes da pesquisa, é a garantia de um bom clima organizacional. Houve um entendimento pelo total de participantes, que a permanência dos profissionais na unidade, a satisfação com o local de trabalho, tem relação com o quanto se sentem cuidados nesse ambiente, e que a postura acolhedora do gerente interfere diretamente.

Para Chiavenato (2005 p. 52), o clima organizacional:

Influencia a motivação, o desempenho humano e a satisfação no trabalho. Ele cria certos tipos de expectativas sobre as quais consequências se seguem em decorrência de diferentes ações. As pessoas esperam certas recompensas, satisfações e frustrações na base de suas percepções do clima organizacional. Essas expectativas – quando positivas – tendem a aumentar a motivação das pessoas.

Barros e Melo (2016), apontam que o clima favorável no ambiente de trabalho é relevante na satisfação dos colaboradores, pois estes estão a maior parte do tempo dentro da empresa. O clima da organização vai interferir diretamente nos processos de trabalho, pois se o clima é benéfico, os trabalhadores se sentem motivados a desenvolver suas atividades, entretanto, se o clima é desfavorável, pode haver frustração e, conseqüentemente, haver prejuízo na produtividade dos profissionais.

Os trechos mencionados abaixo, extraído das falas dos participantes 8 e 9, demonstram a percepção dos gerentes sobre a importância do ambiente favorável ao trabalho:

(...)Tem que olhar para os profissionais porque eles são a linha de frente nossa.

(...)A primeira coisa que a pessoa precisa para trabalhar bem é ela se sentir segura no espaço. É o que vai fazer-la permanecer com a gente, a questão salarial pesa também.

Percebe-se que a remuneração do profissional não é vista como o único atrativo para a sua manutenção naquele local de trabalho. E que os gerentes se sentem responsáveis por manter um clima seguro e favorável, por entenderem que a produção do cuidado só acontece com a mobilização dos trabalhadores, portanto, que as pessoas tem uma importância para as organizações.

Luz (2014) defende que avaliar o clima organizacional da organização pode ser considerada uma ferramenta que contribui para apoiar as decisões dos gestores, visto que, ela possibilita a identificação dos fatores que estão prejudicando o desenvolvimento das atividades e criar estratégias para corrigi-las e melhorar a qualidade de vida no trabalho. Um clima organizacional bem trabalhado nas unidades de saúde, traz muitos benefícios, como aumento do comprometimento dos funcionários, integração da equipe e diminuição de doenças psicossomáticas.

No campo da gestão do conhecimento, o ambiente favorável também vai influenciar a criação do conhecimento organizacional, pois é um processo dinâmico que cresce e se mantém por meio de um ambiente que ofereça condições adequadas. Nesse sentido, o grupo destacou que sentem-se responsáveis em desenvolver estratégias para um ambiente fecundo ao conhecimento, por meio do estímulo à cooperação, valorização de um ambiente dialogal,

estímulo de diferentes interpretações da realidade, além da identificação das competências do seu grupo de profissionais que favorecem a criação desse conhecimento na troca entre os pares. Essa discussão se articula com o pensamento da educação permanente, e o seu desenvolvimento foi identificado pelo total dos participantes, como uma competência gerencial para a qualificação dos trabalhadores e dos processos de trabalho da unidade.

Ceccim e Ferla (2009) corroboram com essa discussão ao sinalizarem que a educação permanente é uma ferramenta valiosa para a qualificação do trabalho e do trabalhador, no momento em que o indivíduo percebe que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa, está insuficiente ou insatisfatória. Para dar conta dos desafios do trabalho em saúde, é necessário que haja uma transformação das práticas.

A estratégia identificada pelo grupo para a realização dos espaços de educação permanente, é garantir as agendas que já existem nas unidades como reuniões de equipe, reuniões de módulo, e categorias, e promover com os trabalhadores discussões de temas prioritários do processo de trabalho. Um total de 6 gerentes relataram dificuldades na realização das reuniões: de ordem estrutural, pelos diferentes turnos de trabalho e ausência de espaço físico adequado; a pouca disponibilidade de tempo dos profissionais, em especial dos médicos, distorções da comunicação e a própria rotina do gerente que o faz acumular tarefas e dificulta sua disponibilidade nesses espaços. Os 12 gerentes enfatizaram que a metodologia utilizada na condução das capacitações, no formato mais expositivo, menos dialogais, também pode significar uma barreira e, portanto, precisam ser pensadas estratégias que dão dinamicidade ao processo, para que de fato tenha adesão dos trabalhadores e impacto nos processos de mudança.

Por mais que os gerentes se esforcem para viabilizar ações de educação permanente, e as enxerguem como uma potente ferramenta de mudança das práticas, Peduzzi et al (2011) alertam, em seu estudo, que as reuniões não são apenas espaços de troca para encontrar as respostas mais adequadas às necessidades dos profissionais e usuários, é também um local onde as equipes depositam suas insatisfações e problemas, de maneira que não basta realizar reuniões. Cabe ao gestor local estimular a interação e a participação dos trabalhadores com base na argumentação fundamentada, com a finalidade de atingir os objetivos do serviço.

Abaixo são destacadas as falas dos gerentes, participantes 2,10 e 11 respectivamente, expressando a sua percepção e crenças sobre os espaços de qualificação dos trabalhadores:

(...) o ideal é que tivesse um horário protegido só para isso, mas a gente sabe que com inúmeras demandas a gente não consegue. Lá na minha unidade, a gente acaba colocando no período de reunião de equipe, e eu acabo impulsionando isso, vendo

algumas fragilidades e a gente acaba oportunizando para trabalhar educação permanente.

(...) Acho que as equipes precisam ter esse momento de educação permanente durante a sua reunião. Isso não acontece na prática, e tem momentos que você precisa se debruçar junto com a sua equipe para pensar os processos, e como fazer isso de forma mais didática, pois fazer educação permanente de forma expositiva, não flui.

(...) Para a oficina de acolhimento a gente trabalhou com a criação de cenas, algumas cenas que abordassem situações de acolhimentos reais, então isso foi muito produtivo do que colocar aula expositiva. Então eu acho que o gerente precisa pensar técnicas para a educação permanente que possa de fato atingir ali, né, trazer mudanças para o cenário.

Nota-se que, apesar das dificuldades encontradas para concretização da educação permanente, como um momento de reflexão do trabalho das equipes e que, portanto, já deveriam constar como prioridade na agenda das equipes, os gerentes demonstram tem um olhar diferenciado para a necessidade desses processos para qualificação do serviço de saúde ofertado.

Para que a organização seja favorável à criação de conhecimentos, é necessário, como competência gerencial na APS, ter capacidade de inovação, comunicação eficaz com os trabalhadores, abertura para o diálogo, promoção de um ambiente favorável para o aprendizado e para a construção de práticas diferenciadas.

5.2.5 Gestão de Recursos Físicos e Tecnológicos

Quadro 5- Quadro síntese das Competências

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Estratégias
Gerenciar insumos, equipamentos, mobiliários, serviços de apoio contratados, e estrutura da unidade.	Não ser institucionalizado o fluxo que os gerentes fazem de permutas de insumos no território. Não é algo formal na rotina de trabalho; Falta de alguns itens de abastecimento. Não é repassado para o gestor local o custo da sua unidade, o que inviabiliza que o gerente faça esse controle de custos e verifique o que pode economizar;	Criar relações no território de atuação para melhor fazer controle de estoque e não deixar muitas vezes a unidade desabastecida ou com insumos que irão perder a validade; reduzir gastos.	Permuta de insumos dentro do território de atuação; Organização constante do almoxarifado, e fazer controle de validade de itens. Ter um planejamento junto às instancias gestoras sobre gerenciamento de mobiliários, equipamentos; conhecer bem o seu almoxarifado e setores da unidade, para saber fazer monitoramento dos insumos e evitar desperdício de dinheiro público
Responsabilizar-se pela ambiência da unidade	Falta de autonomia para definir as reposições de mobiliários e equipamentos. As reposições solicitadas nem sempre ocorrem.	Manter um ambiente satisfatório, adequado para funcionamento dos serviços.	Envolver os trabalhadores no cuidado ao ambiente de trabalho; estar sempre atento à organização dos setores, procurando mantê-los limpos, sem mobiliários rasgados etc.

Fonte: Elaboração própria, 2020

Essa categoria de análise diz respeito à responsabilidade do gerente em manter a integridade da unidade de saúde, garantido seu bom funcionamento.

Foi apontado pelos 12 gerentes que participaram da pesquisa, que é uma competência do cargo realizar o gerenciamento dos insumos, equipamentos, mobiliários, serviços de apoio contratados, e estrutura da unidade.

Quanto aos insumos, o grupo sinalizou sobre a importância do gerente colocar como rotina o acompanhamento do estoque no almoxarifado da unidade, procurando mantê-lo organizando, sem excesso de insumos e perda de itens por falta de validade. Esse dado reflete que o gestor local tem um compromisso em evitar o desperdício de dinheiro público, com insumos que poderiam estar sendo utilizados em uma outra unidade, ou poderiam ter chegado com uma quantidade menor, reduzindo custos. São os gestores locais que tem a responsabilidade de preencher o instrumento de abastecimento mensal, portanto, esse controle é de responsabilidade local.

Em contrapartida, 50% do grupo sinalizou que monitorar o estoque periodicamente, não é uma prática frequente na sua unidade. Isso chama a atenção para a necessidade de uma melhor organização da agenda de trabalho do gerente, que deve incluir essa tarefa regularmente no seu

cotidiano, controlando melhor a planilha de abastecimento, revendo a cota mensal de insumos enviados, para evitar desperdício de materiais.

Uma estratégia levantada e amplamente discutida pelos participantes, é a possibilidade de realizarem remanejamentos de insumos dentro do próprio território com unidades vizinhas, a partir da relação que estabelecem com os outros gerentes. Ao mesmo tempo, embora tenham sinalizado que constantemente utilizam dessa estratégia para evitarem o desabastecimento, apontaram fragilidades nessas ações. São fluxos que não estão institucionalizados, e dependem da interação que o gerente tem com os outros gestores locais do território.

Declararam que não existe um sistema integrado que todos possam visualizar os estoques locais da área, o que seria benéfico também para as instâncias gestoras, OSS e CAP, como uma potente ferramenta de monitoramento dos estoques e suporte às unidades nesse remanejamento.

O remanejamento de insumos se intensificou, segundo os participantes da pesquisa, principalmente diante do cenário da falta de alguns itens essenciais para abastecimento, agravado pelo atraso nos repasses da SMS para os contratos de gestão do município.

O grupo destacou que a ambiência da unidade é uma responsabilidade do gestor local. Isso significa dizer que o gerente precisa se preocupar em manter os mobiliários em bom estado, solicitando a troca quando necessário; garantir que a parte estrutural da unidade esteja adequada para o pleno funcionamento dos serviços, assim como garantir um ambiente limpo, e adequado para os atendimentos. Além de terem que se apropriar do monitoramento dos equipamentos, ficando atento aos fluxos de manutenção preventiva e corretiva. A fala destacada mostra a importância e cuidado do gerente com o local de trabalho:

(...)acho que a mudança da ambiência diz muito, um chão limpo...quadros informativos direitinho...cadeira está com um furo, eu não deixo no acolhimento, tem que tirar gente. (Participante 5).

Entretanto, citaram que a reposição dos mobiliários e equipamentos, não ocorrem com tanta agilidade e nem sempre acontece. Apesar do grupo de gerentes reconhecerem que essa dificuldade também pode estar atrelada à questões financeiras dos contratos de gestão, identificaram como um nó crítico a falta de diálogo com os gerentes pelas instâncias gestoras superiores, de modo a orientá-los sobre os critérios para reposição de um item; o planejamento para compra; e o que eles esperam de vida útil de cada item. A falta de orientações foi citada por todos os participantes da pesquisa, como algo que gera mais conflitos na unidade com as cobranças dos próprios profissionais e dos usuários.

Um integrante do grupo (8,4%) trouxe como experiência da sua prática, diante da cobrança da reposição de bens pelos usuários, principalmente de mobiliários, a estratégia de envolvê-los nesse processo, orientando que recorram aos meios institucionais, como o canal de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, conforme destaca-se abaixo a fala do participante:

(...) se a gente não forçar o sistema, a gente fica sempre dando um jeitinho...os problemas têm que vir à tona. (Participante 6)

Isso aponta para uma diretriz do SUS que é a prática do controle e participação social, onde a sociedade tem implicação com a administração pública, com a finalidade de solucionar os problemas e as deficiências sociais com mais empenho e eficiência. Além disso, é uma medida que está de acordo com a competência gerencial levantada pelo grupo, no estímulo à participação dos usuários no acompanhamento, fiscalização e avaliação do SUS.

Por último, levantaram sobre a necessidade de receberem informações da CAP e OSS sobre os custos da unidade, em formato de relatório mensal, para o gerente avaliar e propor mudanças. Isso foi levantado por 50% do grupo, e foi algo que provocou o interesse dos demais como uma proposta a ser levada para a CAP e OSS.

Dessa forma, o gerente tem um importante papel no gerenciamento dos insumos físicos e tecnológicos, o que vai exigir-lhe conhecer todos os fluxos de abastecimento de insumos, manutenção predial e de equipamentos, e acompanhar todos os contratos de prestação de serviços da unidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF nas esferas federal, estadual e municipal, tem sido apontada como política estratégica na organização da APS e reorientação do modelo de atenção, sendo implantada na maioria dos municípios brasileiros. São atributos da APS integral instituir-se como porta preferencial do sistema de saúde e serviço de primeiro contato, garantindo uma atenção integral, resolutiva, longitudinal e coordenadora do cuidado às famílias.

Em 2009 iniciou-se a expansão da APS no MRJ, com a inauguração das Clínicas e o aumento da cobertura das ações da Saúde da Família na cidade, formando uma rede de serviços de saúde que atende a milhões de cariocas.

O escopo de serviços ofertados pelas unidades de atenção primária em saúde ao longo dos anos vem se aprimorando com a padronização dos procedimentos e ações de saúde para todas as unidades, com ampliação da carteira de serviços, e expansão do acesso.

Este processo de reconhecimento da APS como porta preferencial para o acesso aos recursos do SUS, gera uma série de demandas no âmbito técnico, organizacional e político, que solicitam a necessidade de um gerente presente no cotidiano do serviço.

Para que este gestor tenha êxito nas atividades de gerência das unidades de APS, ele precisa possuir um conjunto de competências para enfrentar os desafios gerados pela complexidade do setor saúde e atender às necessidades da população com qualidade na prestação do serviço. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho da gerência das unidades com a identificação das competências gerenciais fundamentais para ocupação do cargo e as estratégias para o seu desenvolvimento. Foram realizados grupos focais com 12 gerentes de UAP e o método utilizado foi a pesquisa-ação, o que permitiu o diálogo efetivo e a reflexão sobre a prática.

A noção de gerência formulada na escola clássica da Administração, cuja prática estava vinculada aos conceitos de controle e planejamento, precisa ser recontextualizada e ressignificada, buscando-se adequá-la à realidade do setor saúde.

Essa pesquisa corrobora com a necessidade da ampliação do olhar para o papel dos gerentes nos serviços de saúde na APS, e a sua importância como articulador e desenvolvedor das especificidades dos processos de trabalho da unidade, por meio da discussão das competências gerenciais fundamentais para o atendimento às exigências do novo cenário da saúde.

O conceito de competência leva em conta assumir responsabilidade e tomar iniciativa, entendimento prático das situações, que se apoia sobre os conhecimentos aprendidos e os

transforma. Compreende a habilidade de mobilizar redes de atores para trocas do que está em jogo em cada situação (ZARIFIAN,2001). Hoje, não basta apenas ter o conhecimento técnico na área, é preciso também desenvolver habilidades como negociação, comunicação, liderança, mediar conflitos, cuidar do ambiente de trabalho e dos trabalhadores, envolver a equipe, dar espaço a criatividade e a participação.

Os resultados do estudo indicam que a construção das competências gerenciais deve ser realizada com os protagonistas, no coletivo, pois são os gerentes que estão imersos na prática das UAPs. Portanto, legitima uma metodologia de educação permanente, que na pesquisa se deu por meio dos encontros dos gerentes nas sessões dos grupos focais, possibilitando a construção de um conhecimento a partir da troca de experiências, saberes, ideias, de situações vivenciadas no ambiente de trabalho. Essa reflexão no coletivo, permitiu que o grupo construísse as competências do cargo e as estratégias para dar viabilidade ao projeto. Esse espaço de educação permanente ao proporcionar aprendizado para o grupo, deve ser utilizada como uma potente ferramenta para qualificação do gerente e dos processos que ele desenvolve nas UAPs.

Os achados também reconhecem a pertinência das competências descritas no Manual de Gerentes, material elaborado a partir de uma demanda da SMS-RJ em parceria com a ENSP, para auxiliar os gerentes na sua prática do dia a dia. Com um destaque maior para as discussões das principais estratégias para desenvolvimento das competências gerenciais, a partir do aprofundando das questões vivenciadas pelos gerentes no cenário atual da APS.

A prática gerencial da maneira como é exercida, não favorece o trabalho em equipe, pois ainda é fortemente caracterizada por ações burocratizadas, rotinizadas, voltadas ao cumprimento de regulamentos e procedimentos administrativos, que desperdiça tempo e energia, isolando cada vez mais o gerente dos espaços de diálogo e construção coletiva com os trabalhadores. É necessário mudar a lógica, e deixar o planejamento normativo, que enxerga o profissional como um seguidor de regras, submisso à rigidez prescritiva, e dar mais espaço para inovações. Portanto, é necessário que o gerente assuma um outro papel que não apenas o de alocar e controlar recursos e seja capaz de promover a coletivização das ideias, articular com a sua equipe, promovendo práticas diferenciadas.

Dentro desse contexto, fica claro a falta de autonomia do gerente na condução da tarefa organizacional, muito vinculada as determinações superiores, com pouca flexibilidade, participação e abertura ao novo. As atividades de preenchimento de planilhas que fazem parte da rotina diária de trabalho do gerente, é um exemplo da falta de liberdade na condução do trabalho gerencial, pois desconsideram as ferramentas que os gerentes já utilizam com suas

equipes no acompanhamento das condições de saúde da população. Além disso, entende-se que à medida que as informações que são fornecidas não retornam com uma análise e proposição de ações para melhoria no desempenho dos indicadores, é uma tarefa que não traz benefícios para o trabalho. Apesar do entendimento da importância das informações que são produzidas nas unidades, para reflexão junto às equipes e avaliação da necessidade de intervenção. Portanto, recomenda-se a revisão dos instrumentos utilizados para cobrança de informações locais dos gerentes, de maneira que a construção seja feita em conjunto com os gerentes, leve em consideração as realidades de cada território e que incorpore as ferramentas já produzidas por eles.

Avalia-se ainda o desenvolvimento de uma equipe de apoio institucional nas OSS ou CAPs, pois apesar do papel do gerente ser primordial para a eficácia da prestação do serviço de saúde, os dados do estudo apontam que esse modelo de gestão no formato individualizado e centrado no gerente, requer um suporte, para pensar estratégias de resolução dos casos concretos encontrados nas unidades. Ou seja, uma equipe com potência para atuar nos processos de qualificação das ações institucionais, apoiando as boas práticas nos serviços por meio da ampliação dos espaços de educação permanente, discussão e reflexão.

Conclui-se que os gerentes de UAPs têm muitas competências que contribuem para a organização de todo o processo da unidade. Portanto, propõe-se a criação de espaços permanentes, voltados para o desenvolvimento das competências gerenciais partindo do cotidiano de trabalho desses profissionais. Recomenda-se ainda que as instâncias gestoras, SMS, CAP, OSS, ampliem a discussão da importância e potencialidade do papel da gerência nas UAPs, com proposição de mudanças significativas no trabalho gerencial.

Por fim, ao analisar os conteúdos levantados pelos gerentes, há que se destacar que eles dominam os conteúdos teóricos produzidos neste campo, isto é são qualificados e que o apoio logístico, o diálogo, a infraestrutura e autonomia colocam-se como questões fundamentais para o processo de gerência no nível local, no caso do modelo analisado, a experiência do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

ANDRE, A.M.; CIAMPONE, M.H.T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saúde Pública**;47(1):158-63, 2013.

ANGELONI, M.T. **Organizações do Conhecimento. Infra-estrutura, Pessoas e Tecnologia**. São Paulo: Saraiva, 2003.

ANTONELLO, C. S.; RUAS, R. Formação gerencial: pós-graduação lato sensu e o papel das comunidades de prática. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 9, n. 2, p. 35-58, 2005.

AUSUBEL, D.P. (2003). **Aquisição e retenção de conhecimentos**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas. Tradução do original The acquisition and retention of knowledge (2000).

BARROS, P.L.; MELO, J.A.M. Motivação e clima organizacional: um estudo de caso em uma Instituição Pública Federal de Ensino Superior do DF. **Universitas Gestão e TI, Brasília**. v. 6, n. 2, p. 1-15, jul./dez. 2016

BRASIL. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. Câmara da Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: MARE; 1995. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 03.06.2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. (Norma operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. **Portaria MS/GM n.95, de 26 jan. 2001**). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde)**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Legislações – GM. (PNAB), 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Portaria n.2.436, de 21 de set. 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2017.

BRESSER, P.; LUIZ CARLOS. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, 47(1) janeiro, 1996.

<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf> acessado em janeiro de 2019.

CAMPOS, G.W.S. **Eixos de conformação do método para análise e cogestão de coletivos organizados para a produção. In: Um Método para Análise e Cogestão dos Coletivos.** São Paulo, 4^a ed., 2013. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=23&id=74&Itemid=1000000000000 acessado em outubro de 2018.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M.D. Práxis e Formação Paideia: Apoio e cogestão em saúde. **Saúde em Debate** 231, São Paulo: Hucitecc; 2013. 402p.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 45–66, abr. 2015.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.I, 2009.

CARVALHO, B.G; PEDUZZI, M.; NICOLETTO, S.C.S.;NUNES, E.F.P.A.; PINAFO, E.;SANTINI, S.M.L. Gerência e Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. **In: Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**, 2., 2013, Belo Horizonte. Anais Eletrônicos. Br: Abrasco, 2013, p. 1-22.

CARVALHO, B.G; PEDUZZI, M; NUNES, E.F.P.A; LEITE, F.S; SILVA, J.A.M; Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev Esc Enferm USP** 2014; 48(5):907-14.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161–168, fev. 2005.

CECCIM, R.B; FERLA, A.A. Educação Permanente em Saúde. 2009 **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Todos os direitos reservados.Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas: um guia para o executivo aprender a lidar com sua equipe de trabalho.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações.** 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CUBAS, M.R. Planejamento local: a fala do gerente de unidade básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** 2005; 58 (03): 278-83

DESLANDES, S. F. A construção de um projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2–3, mar. 2007.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256 f. **Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará**. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

FAUSTO, M.C.R; ALMEIDA, P.F; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: Mendonça, M.H.M; Matta, G.C; Gondim, R; Giovanella, L. (Orgs.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Editora Fiocruz, 2018.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na gestão local de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FORTUNA, C.M. O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 247 p. **dissertação (Mestrado em enfermagem em saúde Pública) – escola de enfermagem de Ribeirão Preto**, universidade de são Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, M.A.S. Pedagogia da Pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.3, p.483-502, Set/dez. 2005.

FRANCO, C.M; SANTOS, S.A. e SALGADO, M.F. **Desafios da média gerência na saúde. Manual do Gerente**: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Biblioteca de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, p.208, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GRIGOLETTO, M.V.D. e RAMOS, L.H.D. Gestão de serviços de saúde. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. **Acervo de recursos educacionais em saúde**, 2012. Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/178> Acesso em 10 de agosto de 2018.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 247–259, set. 1990.

JUNQUEIRA, T.S.et al. As relações laborais no âmbito da municipalização de gastos em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(5):919-928, 2010.

Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.** Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 1998.

Lei nº 5.026 de 19 maio de 2009. **Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências.** Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, 2009.

LUZ, R. **Gestão do clima organizacional. 7. reimp.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2014.

MAFFEI, S. A criação do cargo de gerente na Estratégia de Saúde da Família: o caso do Município do Rio de Janeiro. **Monografia apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-FIOCRUZ**, 2011.

MARTINS, H. F. Política de Gestão Pública no Governo Lula: um campo ainda fragmentado. **Revista Eletrônica sobre Reforma do Estado**, Salvador, nº5, março/abril/maio, 2006.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. **In: Marx K. O capital.** 14º ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.

MENDES, E.V.**Ciênc. Saúde coletiva** vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2001.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12):4593-4598, 2019.

MEDEIROS, K.R; ALBUQUERQUE, P.C. A precarização dos vínculos trabalhistas no setor saúde brasileiro: um balanço do período de 2004 a 2012. **In: MARTINS, M.I.C.et al. (Orgs.). Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.** Rio de Janeiro: CICS/Universidade do Minho, Ensp/Fiocruz,2014.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC; 1997.

MERHY, E.E. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas.** Campinas: 1998.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, M.C.S (Orgs); DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 24ed.,1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019 disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/5454> acesso em 24.02.2020.

MILKOVITCH, G.T.; BOUREAU, J.W. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1995.

MOTTA, P. R. **A Ciência e a Arte de ser dirigente**. 15. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

NETO, P.P.; FAORO, N.Z.; PRADO JUNIOR, J.C.; PISCO, L.A.C. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1377-1388, 2016.

NETO, O.C; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: **ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS. 13.ABEP, 2002, Ouro Preto**. Disponível em: www.dppg.cefetmg.br/mtp/TecnicadeGruposFocaisdoc. Acesso em 24 de fevereiro de 2019.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: **CAMPOS, G.W.S.Saúde Paidéia**. SP. Hucitec, 2003. P. 122-149.

PADILHA, R.Q.; GOMES, R.; LIMA, V.V.; SOEIRO, E.; OLIVEIRA, J.M.; MARIA, L.; SCHIESARI, C.; SILVA, S.F.; OLIVEIRA, M.S. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(12):4249-4257, 2018.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 121–134, set. 2009.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B.G; MANDÚ, E.N.T; SOUZA, G.C.; SILVA, J.A.M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, 21 [2]: 629-646, 2011.

PEITER, C.C; CAMINHA, M.E; OLIVEIRA, W.F. Perfil dos gerentes da atenção primária: uma revisão integrativa. Espaço para a Saúde. **Rev. Saúde Pública do Paraná**. Londrina, v.18, n.1, p.81-89. Jul,2017.

PEREIRA, I.B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima- Rio de Janeiro: EPSJV, 2. ed.p.320-328, 2009.

PISCO, L.; SORANZ, D. Formas de remuneração e pagamento por performance. Gusso G, Lopes J, organizadores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática** Porto Alegre: Artmed; 2012.

REZENDE, C.A.P. **O Modelo de Gestão do Sus e as Ameças do Projeto neoliberal**, 2004. Disponível em http://www.cress16.org.br/acervo/modelo_de_gestao.pdf. Acessado em novembro de 2018.

ROPÉ, F.; TANGUY, L. (Orgs.). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. Campinas, SP: Papirus, 1997.

ROMAGNOLLI, A. P. B.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E.F.P.A.; Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 13, n. 27, 19 dez. 2014.

ROLAND, M.; BAKER, R. Clinical Governance: a practical guide for primary care teams. **National Primary Care Research & Development Centre**, 1999.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 3, p. 64–80, set. 2008.

SANTOS, F.A.S.; JUNIOR, G.D.G.; GURGEL, I.G.D.; MEDEIROS, K.J. Novos Desenhos Organizacionais no Setor Saúde: Um estudo de caso no nordeste brasileiro. In: MARTINS, M.I.C., MEDEIROS, K.J. (Orgs.) **Reflexões sobre o Estado, a Economia e o Trabalho em Saúde**. Recife: Fiocruz-PE, 2015.p. 103-128.

SANTOS, Á. S.; SILVEIRA, R.E.; MENDONÇA, F.T.N.F.; BUSO, A.L.Z.; SILVA, S.G.F.; SILVA, D.D. PERFIL DE GERENTES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS, BRASIL. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 1, 31 jul. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Atenção Primária das Áreas de Planejamento (CAP) 3.1**, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária**. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, 2013.

Disponível em:

http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acessado em dezembro de 2018.

SILVA JUNIOR A.G.; ALVES, C. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-41.

SILVA, J. A. M. DA.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 1018–1032, dez. 2011.

SILVA, D.S.J.R.; DUARTE, L.D. Educação Permanente em Saúde. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 17, n. 2, p. 104 - 105, 2015.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 679–686, mar. 2017.

SOUZA, G.W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003. 192p.

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

TEIXEIRA, M.; MATTA, G.C.; SILVA JUNIOR, A. G. Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: Mendonça, M.H.M; Matta, G.C; Gondim, R; Giovanella, L (Orgs.) **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Editora Fiocruz, 2018.

THIOLLENT, M., **Metodologia da Pesquisa-Ação**, 14 eds., São Paulo: Cortez, 2005.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.31, n.3, p.443-466, set/dez 2005.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):443-453, 2007

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

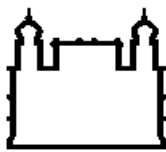
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE A - Quadro esquemático das competências gerenciais

Competências gerenciais	Dificuldades	Potencialidades	Categoria de Análise	Estratégias

Fonte: Elaboração própria, 2020



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE B

Carta Convite

Prezado Gerente/Diretor,

Gostaria de convidá-lo para participar do estudo que irei desenvolver como aluna do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família (ENSP-FIOCRUZ), intitulado **Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro.**

A intenção é formar um grupo de pesquisa com os gerentes/diretores das unidades de atenção primária para discussão do processo de trabalho gerencial e a produção de conhecimentos que irão subsidiar os avanços na gestão da saúde pública.

O método da pesquisa-ação foi escolhido pela pesquisadora, pois permite a troca de informações e a socialização das experiências em grupo, proporcionando uma vivência significativa e proveitosa para os participantes. Como técnica de coleta de dados, será utilizado o grupo focal, com gravação de todos os encontros, construção de atas e relatórios de síntese, sendo mantidas a confidencialidade e privacidade dos participantes na divulgação dos resultados.

Estão previstos três encontros com o grupo de pesquisa, com intervalos de aproximadamente 20 dias, que serão realizados nas dependências das unidades de saúde localizadas em Áreas de Planejamento diferentes do município do Rio de Janeiro, e que sejam de fácil acesso. As reuniões serão preferencialmente no turno da tarde, com duração aproximada de 180 minutos, tendo a pesquisadora o cuidado de não atrapalhar a rotina de trabalho dos gerentes.

Para a sua participação na pesquisa, é necessário que você atue há mais de 2 anos no cargo de gerente e que tenha formação superior em saúde. Serão disponibilizadas 12 vagas, e é desejo da pesquisadora que as dez Áreas de Planejamento tenham representatividade. Caso o

número de interessados ultrapasse o total de vagas estipulado, serão adotados critérios de exclusão.

Para finalizar, a escolha do tema dessa pesquisa está diretamente relacionada à minha trajetória profissional na Atenção Primária em Saúde, desenvolvendo apoio técnico aos gerentes, função que exerço há 9 anos, e que, portanto, acredito na potência do trabalho gerencial para a transformação e qualificação das práticas em saúde.

Havendo interesse em contribuir com a pesquisa, basta confirmar a sua participação respondendo a esse e-mail. O prazo para resposta é de 10 dias e qualquer dúvida sobre o estudo, estarei disponível para conversar com você.

Agradeço a sua disponibilidade em receber o meu convite!

Atenciosamente,

Fernanda Christine Dutra Bastos

Tel: (21) 998557659

E-mail: ferodonto.bastos@gmail.com



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE C

ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

1ª Sessão:

- 1- Momento para apresentação da pesquisadora e dos participantes; breve relato da pesquisa e seus objetivos;
- 2- A pesquisadora irá recuperar com o grupo de gerentes/diretor usando técnicas de tarjetas e Brainstorming, as atribuições relacionadas ao cargo e preconizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) procurando dialogar sobre os Eixos trabalhados no Curso de Qualificação para Gestores da Atenção Primária: Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa e Financeira; Planejamento, Monitoramento e Avaliação; Sistemas de Informação; Governança Clínica;
- 3- Identificar os nós críticos e as possibilidades refletindo sobre a prática cotidiana dos gerentes nas unidades de atenção primária;

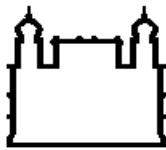
2ª Sessão:

- 4- Leitura da ata e relatório de síntese do encontro anterior;
- 5- Identificar no conjunto de atividades as competências gerenciais fundamentais para o exercício do cargo estimulando o grupo a trazer para o debate suas experiências do dia a dia do trabalho nas unidades de saúde;

3ª Sessão:

- 6- Leitura da ata e do relatório de síntese;

- 7- Dialogar com o grupo sobre as possíveis estratégias para desenvolvimento das competências gerenciais identificadas no âmbito da gestão local.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida por Fernanda Christine Dutra Bastos, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a Orientação da Professora Dra. Maria Inês Carsalade Martins.

O objetivo central do estudo é analisar o processo de trabalho gerencial nas Unidades de Atenção Primária, visando construir uma estratégia para a qualificação da gestão local.

A sua seleção se deve à sua atuação como gerente/diretor de uma unidade de atenção primária do município do RJ e a sua importante contribuição para a discussão do tema desse estudo. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar. Você não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com sua chefia imediata ou com a Instituição. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa, pois os resultados desta, contribuirão para ampliar o conhecimento sobre o processo de trabalho gerencial e para subsidiar os avanços na gestão da Atenção Primária.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

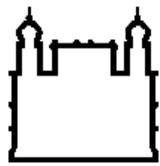


A sua participação consistirá em compor um grupo de pesquisa com gerentes/diretores de diferentes Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro e participar dos encontros que serão realizados nas dependências das unidades de saúde escolhidas pela pesquisadora, localizadas em diferentes bairros do município do RJ e que sejam de fácil acesso. A técnica de pesquisa escolhida para a coleta de dados foi a do grupo focal, e estão programadas três reuniões, preferencialmente no turno da tarde, com 180 minutos de duração e com intervalo aproximado de 20 dias. A pesquisadora responsável será a mediadora das sessões e contará com a participação de um colaborador devidamente treinado que atuará como observador, operador de gravação e relator. As reuniões serão gravadas e posteriormente o conteúdo será transcrito, sendo esta uma condição à sua participação. As fitas não serão divulgadas, e servirão apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização dos participantes. Serão produzidos relatórios de síntese e atas, que serão utilizados nos encontros subsequentes. Como haverá o deslocamento do participante apenas para a participação na pesquisa, a pesquisadora fará o reembolso do transporte em espécie ao final de cada reunião. Caso o participante necessite, deverá comunicar previamente à pesquisadora por e-mail ou telefone, o valor do ressarcimento. Será disponibilizado um pequeno lanche durante os encontros e não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação nesse estudo.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



As informações obtidas nas reuniões serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com as outras fontes de pesquisa. Para caracterizar o cargo e perfil dos participantes desse estudo, a pesquisadora terá acesso a dados como faixa salarial e tempo de atuação de cada gerente/diretor. Destaca-se que a análise dos resultados é de responsabilidade da pesquisadora e somente terão acesso ao conteúdo a pesquisadora e sua orientadora. O colaborador da pesquisa não terá acesso às informações produzidas nos grupos posteriormente aos encontros. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas e qualquer dado que possa identificar o participante será omitido na divulgação dos resultados. No entanto, poderá haver identificação indireta de alguns sujeitos da pesquisa devido à natureza de sua ocupação profissional na unidade de saúde, e número restrito de participantes no grupo. Riscos mínimos como possíveis desconfortos, constrangimentos e vazamento de dados, poderão ocorrer, pelo fato da técnica de coleta de informações ser em grupo, com espaços de fala e circulação de opiniões entre os participantes. A pesquisadora se compromete a reforçar sempre no início das sessões a importância do sigilo dos dados produzidos nas discussões e manter um clima agradável para que todos os sujeitos envolvidos no estudo, sintam-se à vontade e protegidos para exporem suas ideias sobre os temas abordados.

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será o de contribuir para a produção de um conhecimento que irá subsidiar os avanços na gestão da Atenção Primária, consequentemente promovendo a qualificação do gestor local e dos processos de trabalho gerenciais. Além de permitir a socialização das experiências em grupo, proporcionando uma vivência significativa e proveitosa para os participantes.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação e em artigos científicos e para os participantes e instituição envolvida, será disponibilizado um relatório final. Ao término da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP/SMS e com o fim deste prazo, será descartado.

Este termo é redigido em duas vias. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Assinando esse consentimento, o (a) participante não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o (a) participante não libera a pesquisadora de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução 510/2016 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades no presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o (a) Sr. (a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP ou da SMS-RJ, nos telefones (21) 25982863 e (21) 2215-1485, respectivamente.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CEP/ENSP: Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br <http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde.

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401.Centro, RJ.CEP: 20031-040

Tel; 2215-1485 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Eu fui completamente orientado pela FERNANDA CHRISTINE DUTRA BASTOS, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto,

a pesquisadora deixou explícito que haverá gravação das falas, e me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores, declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação no estudo intitulado “**Desenvolvimento de competências gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador nas Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro**” e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019

Fernanda Christine Dutra Bastos

Pesquisadora Responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Nome:

Contato da pesquisadora:

Tel:(21) 998557659 E-Mail: ferodonto.bastos@gmail.com

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Escola Nacional de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ.

Contato da Orientadora: Tel: 21 996834460 E-mail: mines@ensp.fiocruz.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01, de 26 de abril de 2019.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



APÊNDICE E

CARTA DE ANUÊNCIA

O/A Superintendência de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Desenvolvimento de Competências Gerenciais: uma estratégia para a qualificação do trabalho e do trabalhador no âmbito das Unidades de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro”**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) FERNANDA CHRISTINE DUTRA BASTOS mestranda do Curso Mestrado Profissional em Atenção Primária com Ênfase na Estratégia Saúde da Família. ENSP/FIOCRUZ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos, do acesso às informações contidas nos bancos de dados do setor de Recursos Humanos das Organizações Sociais de Saúde e das Coordenadorias de Atenção Primária das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro, a fim da obtenção de informações institucionais para contactar os participantes da pesquisa e para caracterizar o cargo e perfil dos gerentes/diretores que participarão desse estudo, e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Subsecretaria/Superintendência mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor (es) e equipe(s) de saúde onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Gestor

ANEXO A

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017(PNAB)

Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

Atribuições do Gerente de Atenção Básica:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência,

estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

ANEXO B

Atribuições dos Gerentes de Atenção Primária

SMS/RJ- Curso de Qualificação para Gestores da APS

- 1.Orientar e apoiar para que as equipes desenvolvam suas ações, conforme os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à saúde (acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação da atenção, orientação familiar, comunitária e competência cultural);
- 2.Focar no processo de planejamento da unidade, como estratégia para solução de problemas;
- 3.Realizar atividades de planejamento, monitoramento e avaliação em saúde;
- 4.Garantir que a Unidade de Atenção Primária tenha o seu Plano de Organização do Acesso elaborado e implantado;
- 5.Potencializar o trabalho da equipe multiprofissional fomentando espaços de construção e educação permanente que permitam que os profissionais dominem campos como os sistemas de informação, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, entre outros, que promovam a melhoria contínua da qualidade e a confiabilidade dos serviços de saúde oferecidos a toda população;
- 6.Estimular e apoiar para que as equipes realizem reunião de equipe semanal e garantir a participação da Equipe de Saúde Bucal;
- 7.Garantir uma reunião geral mensal da Unidade (integrando todas as equipes);
- 8.Repassar as informações de interesse do serviço para todos os profissionais de saúde lotados na Clínica da Família/Centro Municipal de Saúde;
- 9.Representar a Clínica da Família/Centro Municipal de Saúde em reuniões junto ao Conselho Distrital de Saúde, CAP, SMS, Colegiados de Gestão Participativa e/ou outras reuniões técnico-científicas;
- 10.Motivar e colaborar com a pesquisa e produção de trabalhos científicos;
- 11.Realizar mediação de conflitos e a gestão de Recursos Humanos da unidade;
- 12.Realizar periodicamente a Avaliação de Competências e de Desempenho de cada colaborador;

13. Realizar avaliação de clima organizacional da unidade para implementar ações que estimulem a motivação e o espírito participativo atingindo níveis de produtividade e comprometimentos satisfatórios;
14. Realizar diagnóstico (quantidade e situação) de equipamentos/material permanente e informar à Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e a OSS;
15. Buscar articulação com outros serviços da rede e equipamentos sociais de outros setores no território;
16. Apoiar e acompanhar o trabalho do médico regulador, verificando as listas de espera, solicitações não reguladas, absenteísmo, além de acompanhar as estratégias de comunicação das equipes com seus usuários, garantindo que a informação chegue aos pacientes quando da consulta/exame agendado;
17. Acompanhar o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, bem como realizar o monitoramento e a avaliação dos indicadores pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde;
18. Avaliar e monitorar as ações das equipes Saúde da Família, Saúde Bucal e dos demais profissionais de saúde da Clínica da Família/Centro Municipal de Saúde, mantendo atualizadas as informações contidas no placar da saúde e quadros de informação da unidade para ampla divulgação;
19. Implantar e fortalecer o Colegiado de Gestão Participativa, favorecendo a construção de uma agenda permanente de reflexões e propostas para qualificação e o fortalecimento do SUS a partir da realidade local;
20. Participar das reuniões ordinárias do Conselho Distrital de sua Área de Planejamento;
21. Buscar melhores resultados em saúde com eficiência dos recursos públicos;
22. Ter uma análise crítica em relação aos custos da unidade e aprimorar os processos de trabalho com foco na eficácia, eficiência e efetividade;
23. Orientar e monitorar a qualidade do registro nos sistemas de informação;
24. Realizar a gestão das listas prioritárias do prontuário eletrônico, instrumentalizar e dar suporte para as equipes de APS no acompanhamento dos casos;
25. Apoiar as equipes em relação ao monitoramento dos casos prioritários, de acordo com o que é preconizado nos protocolos clínicos.

ANEXO C



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS



RESOLUÇÃO SMS Nº 2964 DE 10 DE JUNHO DE 2016

Estabelece critérios para ocupação de cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária em Saúde (Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família) da Secretaria Municipal de Saúde.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e tendo em vista o que consta do Processo 09/002 354/2016,

CONSIDERANDO que o Poder Público Municipal deve garantir a qualidade e eficiência dos processos de gestão em todos os níveis;

CONSIDERANDO a elevada complexidade na gestão de uma unidade de atenção primária a saúde e os múltiplas competências e habilidades necessárias para o exercício da função;

CONSIDERANDO a visão estratégica de governança que garante o compromisso do Município do Rio de Janeiro, por meio de órgãos dele integrantes, de defender as prerrogativas institucionais e o cumprimento de Políticas Públicas desenvolvidas no âmbito da municipalidade;

CONSIDERANDO o investimento na formação profissional, Residência, Pós-graduações e a Política de Educação Permanente em Saúde, implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;

CONSIDERANDO o investimento na formação profissional, Residência, Pós-graduações e a Política de Educação Permanente em Saúde, implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de valorizar a formação e a meritocracia na Secretaria Municipal de Saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de definir critérios específicos e uniformes para a ocupação de cargos de gestão no âmbito da atenção primária;

CONSIDERANDO o empenho da Secretaria Municipal de Saúde em fomentar a cultura da meritocracia, elevar a performance institucional e incentivar profissionais competentes e alinhados à cultura organizacional do Sistema Único de Saúde-SUS.

RESOLVE:

Art. 1º Fica estabelecido que somente poderá ocupar cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária profissionais que preencham, ao menos, 4 (quatro) dos critérios listados neste artigo.

§ 1º. Ter no mínimo 3 (três) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.

§ 2º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência de atuação na área da Saúde em atividade de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária.

§ 3º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.

§ 4º. Ter participado, ao menos, de uma atividade de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) no último ano, antes da nomeação/contratação.

§ 5º. Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde.

§ 6º. Ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.

§ 7º. Ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família.

§ 8º. Ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.

§ 9º. Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.

§ 10. Ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado.

Art. 2º A comprovação do atendimento dos critérios estabelecidos no Art. 1º desta Resolução deve constar do documento de indicação para o cargo de Direção ou Gerência e ser encaminhado ao Órgão responsável pela Gestão de Recursos Humanos (no caso dos Centros Municipais de Saúde à Divisão de Recursos Humanos das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária, e no caso das Clínicas de Família ao Setor de Recursos Humanos das Organizações Sociais) para validação, antes da nomeação ou assinatura do contrato de trabalho, e deve estar disponível para fins de auditoria.

Art. 3º Para os itens de titulação será necessário apresentar cópia dos diplomas e certificados.

Art. 4º Para os itens de experiência, somente será aceita publicação em Diário Oficial, impressão do CNES e cópia da carteira de trabalho ou contra-cheque.

Art. 5º A Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável por fiscalizar e verificar o cumprimento desta resolução.

Art. 6º Os critérios estabelecidos nesta Resolução se aplicam às nomeações e às contratações de cargos de Diretor e de Gerente de Unidades de Atenção Primária da Administração Direta, Indireta e geridas por Organizações Sociais.

Art. 7º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação devendo ser aplicada a todas as novas contratações e nomeações.

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2016

DANIEL SORANZ
Secretário Municipal de Saúde