

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Cyntia Amorim Guerra

“Fala com a gerente!”: Um estudo sobre a função gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

Cyntia Amorim Guerra

“Fala com a gerente!”: Um estudo sobre a função gerencial das Clínicas da Família 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: Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Coser Gutiérrez.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: "Talk to the manager!": A study on the management function of Family Clinics in the city of Rio de Janeiro.

G934c Guerra, Cyntia Amorim.
"Fala com a gerente!": Um estudo sobre a função gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro / Cyntia Amorim Guerra. -- 2023.
159 f. : il.color, fotos, mapas.

Orientadora: Adriana Coser Gutiérrez.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 135-142.

1. Gestão em Saúde. 2. Administração de Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Centros de Saúde. I. Título.

CDD 362.10425

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Cyntia Amorim Guerra

“Fala com a gerente!”: Um estudo sobre a função gerencial das Clínicas da Família 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: Gestão em Saúde.

Aprovada em: 21 de novembro de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Universidade de Campinas

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Adriana Coser Gutiérrez (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

A minha mãe Rita e meu pai Manuel, os maiores e melhores apoiadores e gestores familiares que eu conheço!

AGRADECIMENTO

A Deus por ter desenhado minha trajetória de vida, com sua misericórdia.

Aos meus pais Manuel e Rita por serem meu porto seguro, meu maior incentivo e inspiração em todos os segmentos da minha vida.

A minha irmã Monique e meu irmão Daniel, por serem exemplos de dedicação, inteligência, liderança e por terem aberto tantos caminhos, me mostrando que podemos alcançar muito mais do que sonhamos.

A Adriana, não tenho palavras suficientes para expressar minha gratidão e admiração. Gratidão pelo carinho, pela paciência, por cada palavra de incentivo e por não me deixar desistir. Obrigada por acreditar em mim, mais do que eu mesmo acreditava. Serás sempre a orientadora dos orientadores.

A Clarice, por todo incentivo, apoio, carinho e amizade. O que era só uma relação de trabalho, se transformou em um laço eterno. Obrigada por ser esse anjo na minha vida.

Ao meu namorado Victor, pela compreensão das minhas ausências para dedicação nesta pesquisa e por ter me lembrado todas as ferramentas do Excel.

A minha 'rede de apoio de gestão' desde o início dessa jornada, sem vocês e com todos juntos, mesmo que agora por outros segmentos da gestão, não teríamos ido tão longe, meu enorme carinho e admiração por Paula, Mari, Rodrigo, Ale, Verônica, Raphael, Jaque e Rafael.

A equipe/família da Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira e os moradores do Jacarezinho, que me ensinaram na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, em todos os meus dias dos últimos 10 anos, o que ser gestora da APS Carioca.

Aos colegas e amigos do Mestrado, por transformarem cada quinta feira no melhor dia da semana. Obrigada pela parceria, discussões e por toparem celebrarmos a vida toda semana.

Aos membros da banca, pela disponibilidade, aceite e contribuições, trazendo reflexão e crescimento tanto para vida pessoal, profissional, quanto acadêmica.

Aos gerentes das Clínicas da Família e dos CMSs do Rio de Janeiro, que dedicam suas vidas (*full time*) na efetivação do SUS. Obrigada por contribuírem ativamente e acreditarem nesta pesquisa. Esta dissertação foi feita por vocês e para vocês.

E a Secretaria Municipal de Saúde pelo investimento na formação dos profissionais através da parceria e liberação de carga horária do mestrado. Obrigada por liberarem e apoiarem esta pesquisa, por estarem abertos a ouvir seus resultados e melhorarmos ainda mais a Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”
(Saint-Exupéry, 2009).

RESUMO

O município do Rio de Janeiro, a partir de 2009, com a expansão da Estratégia de Saúde Família, dentre outras mudanças, instituiu o cargo de gerente de Clínicas da Família. Desde então estes profissionais assumiram a responsabilidade da condução das Unidades Básicas de Saúde em sua totalidade, seguindo orientações da Secretaria Municipal de Saúde e das Organizações Sociais contratantes. O objetivo desta pesquisa foi analisar a prática dos gerentes a partir da visão destes profissionais na gestão das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, tendo como pressuposto que estes gerentes atuam mais em uma lógica gestora e não gerencial. A metodologia envolveu, além da análise documental e utilização do diário de campo, aplicação de questionário semiaberto, respondidos em plataforma virtual por 121 gerentes, o que equivale a mais da metade dos profissionais desta categoria no município. Deste grupo, foi traçado um perfil sociodemográfico majoritariamente feminino, jovem, com idade entre 31 a 40 anos, predominantemente da cor branca, sendo a maioria casadas, heterossexuais e que se tornaram mães antes de assumirem o cargo. Quanto à formação, apesar de recentes mudanças de perfil de ingresso dos novos gerentes, há predomínio da categoria de enfermagem. Quase a totalidade dos gerentes possui pós-graduação, sendo a grande maioria especializada em Saúde da Família. Além desta especialização, mais da metade também possui formação em gestão. São profissionais com experiência prévia em Atenção Primária, porém com média de dois anos na função de gerente e grande parte há menos de um ano em sua atual Clínica da Família. O questionário cumpriu uma função complementar as entrevistas para traçar previamente o perfil destes profissionais e posteriormente aprofundar em suas vivências. Após análise dos questionários, foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com gerentes de nove das dez Áreas de Planejamento da cidade. Foi notório que a quantidade excessiva de atividades tem impactado na prática destes profissionais, trazendo de forma bem concreta e expressiva os sentimentos de sobrecarga, solidão e sofrimento. Dentre as expectativas dos gerentes, há uma indicação para revisão do valor do salário, enquanto forma de valorização e reconhecimento do esforço e dedicação destes profissionais. Por fim, defende-se a necessidade da construção de uma agenda formativa, afetuosa e de apoio para estes gerentes, que desempenham, sem dúvidas, uma função primordial e essencial na Atenção Primária Carioca.

Palavras-chave: gestão em saúde; administração de serviços de saúde; atenção primária à saúde; centros de saúde.

ABSTRACT

The municipality of Rio de Janeiro, starting in 2009, with the expansion of the Family Health Strategy, among other changes, established the position of Family Clinic Manager. Since then, these professionals have taken on the responsibility of managing the Basic Health Units in their entirety, following the guidelines of the Municipal Health Department and the contracting Social Organizations. The objective of this research was to analyze the practice of these managers from the perspective of these professionals in the management of Family Clinics in the municipality of Rio de Janeiro, assuming that these managers operate more in a managerial rather than administrative capacity. The methodology involved, in addition to documentary analysis and the use of field diaries, the administration of a semi-open questionnaire, answered on a virtual platform by 121 managers, which represents more than half of the professionals in this category in the municipality. From this group, a predominantly female sociodemographic profile was drawn, young, aged between 31 and 40 years old, predominantly white, most of them married, heterosexual, and who became mothers before taking on the position. Regarding education, despite recent changes in the profile of new managers, there is a predominance of the nursing category. Almost all managers have postgraduate degrees, with the vast majority specializing in Family Health. In addition to this specialization, more than half also have management training. They are professionals with previous experience in Primary Care, but with an average of two years in the manager role, and a large part has been in their current Family Clinic for less than a year. The questionnaire served as a complement to the interviews to predefine the profile of these professionals and later delve into their experiences. After analyzing the questionnaires, ten semi-structured interviews were conducted with managers from nine of the ten Planning Areas in the city. It was evident that the excessive amount of activities has impacted the practice of these professionals, bringing, in a very concrete and expressive way, feelings of overload, loneliness, and suffering. Among the managers' expectations, there is an indication for a salary review as a way of valuing and recognizing the effort and dedication of these professionals. Finally, there is a defense for the need to build a formative, affectionate, and supportive agenda for these managers, who undoubtedly play a fundamental and essential role in Primary Care in Rio de Janeiro.

Keywords: health management; health services administration; primary health care; health centers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Objetivos específicos e estratégias utilizadas.....	25
Figura 1 -	Folder do projeto GERUS – 1997	46
Figura 2 -	Convite digital para inscrição do curso Ser Gestor SUS – 2021.....	46
Quadro 2 -	Perfil dos gerentes da Atenção Primária segundo os referenciais normativos nacionais	49
Quadro 3 -	Atribuições dos gerentes da atenção primária segundo a PNAB 2017	51
Gráfico 1 -	Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro – Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas entre 2008 e 2019	55
Figura 3 -	Divulgação de vaga/processo seletivo para gerente no município do Rio de Janeiro	60
Quadro 4 -	Perfil dos gerentes da atenção primária segundo os referenciais normativos municipais	61
Quadro 5 -	Atribuições dos gerentes da Atenção Primária segundo a SMS-RJ - 2011 e 2021	63
Figura 4 -	Mapa do município do rio de janeiro, dividido por 10 Áreas de Planejamento – AP.	67
Gráfico 25 -	As 3 principais atribuições exercidas pelos gerentes das UBSs X as 3 atribuições idealizadas – Categorizadas.....	79
Figura 5 -	Convite para o 1º encontro do ano com os gestores	83
Figura 6 -	Temas de prioridades da SUBPAV para os quatro encontros com os gerentes e diretores do município em 2023	83
Figura 7 -	Convite para o retorno do curso/ atualização para gerentes e diretores pela SMS-RJ	85
Fotografia 1-	Turma 7 da Atualização para Gerentes e Diretores de unidades de Atenção Primária.....	87
Fotografia 2 -	Proposta da ‘Caixa da Libertação’ para treinamento dos gestores	90
Quadro 6 -	Valores de custeio do Salário dos profissionais das Unidade de Atenção Primária – 2023	122
Quadro 7 -	Atividades desempenhadas pelos gerentes nas Clínicas da Família – 2023	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Gerentes das UBSs que responderam ao questionário via Google Forms	66
Tabela 2-	Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes segundo perfil Socioeconômico	69
Tabela 3-	Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil formativo	71
Tabela 4-	Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático referente ao tempo de atuação	75
Tabela 5-	Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático de atuação sobre a rotatividade de gerentes nas CFs	76
Tabela 6-	Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático de local de atuação	77
Tabela 7-	Gerentes das Clínicas da Famílias que participaram da entrevista	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CFADS	Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira
CMS	Centro Municipal de Saúde
CnaR	Consultório na Rua
EaD	Ensino à Distância
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MPAPS	Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa de Saúde da Família
R3	3º ano da Residência (Especialização em Gestão, nos moldes de residência)
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RT	Responsável Técnico
SIAP	Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	PERCURSO METODOLÓGICO	22
2.1	OBJETIVOS DA PESQUISA	22
2.1.1	Objetivo Geral	22
2.1.2	Objetivos específicos	22
2.2	MÉTODOS DA PESQUISA	22
2.3	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ATRAVÉS DA HERMENÊUTICA DIALÉTICA	23
2.4	RECURSOS METODOLÓGICOS	25
2.4.1	Análise documental	25
2.4.2	Questionários Semiaberto	26
2.4.3	Entrevistas Semiestruturadas	27
2.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	30
2.6	ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS	30
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	32
3.1	A DESCENTRALIZAÇÃO	33
3.2	A GESTÃO NO SUS – SOBRE SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE	34
3.3	RACIONALIDADE GERENCIAL HEGEMÔNICA X COGESTÃO	39
3.4	GERENTES OU GESTORES	41
3.4.1	Formação de gestores - Diversos cursos pelo Brasil	45
3.5	GERENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	48
3.5.1	Perfil dos gerentes	49
3.5.2	Atribuições dos Gerentes segundo a normativa nacional	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
4.1	EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	53
4.2	A OSS COMO MODELO DE GESTÃO: OS CONTRATOS DE GESTÃO COM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS	57
4.3	SELEÇÃO DE GERENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	59
4.4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA DE CAMPO	64
4.4.1	Bastidores da pesquisa no campo: colocando o questionário na rua	64

4.4.1.1	Questionário: Identificação dos panoramas identificatórios, formativos e de prática	68
4.4.1.1.1	<i>Panorama identificatório</i>	68
4.4.1.1.2	<i>Panorama formativo</i>	71
4.4.1.1.3	<i>Panorama prático de atuação</i>	74
4.5	INICIATIVAS VOLTADAS PARA GESTORES DA APS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO DECORRER DA PESQUISA	82
4.5.1	Investimento na formação de gestores pelo município do Rio	82
4.5.2	Atualização para gerentes e diretores de unidades de atenção primária ...	84
4.5.3	Encontro e treinamento prático entre Gestores da CAP 3.2	87
4.6	ANÁLISES DAS ENTREVISTAS – AS FALAS ‘DAS’ GERENTES	90
4.6.1	Eixo temático: Motivação	94
4.6.2	Eixo temático: Formação e Atribuições	101
4.6.3	Eixo temático: Expectativas	113
4.7	A REPETIÇÃO DOS ‘4 SS’ – SOBRECARGA, SOLIDÃO, SOFRIMENTO E SALÁRIO	117
4.8	ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES DO GERENTE NO ATUAL CONTEXTO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	126
5	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICE 01 – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INDIVÍDUO PARTICIPANTE – QUESTIONÁRIO	143
	APÊNDICE 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O INDIVÍDUO PARTICIPANTE – ENTREVISTA	144
	APÊNDICE 03 - ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO	146
	APÊNDICE 04 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	150
	APÊNDICE 05 - RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS EM GRÁFICOS	151

MOTIVAÇÕES E JUSTIFICATIVA

Gostaria de lhes contar brevemente o que me motivou a escrever esta dissertação a partir da minha vivência profissional e sobre o que me trouxe a inquietação para escolha desta temática.

Iniciei, como Assistente Social, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no ano de 2009, tendo como campo de prática a Unidade Básica de Saúde (UBS) Sereno, Paz e Fé, no Complexo da Penha, na Área de Planejamento (AP) 3.1, zona norte do município do Rio de Janeiro. Em 2011, cursei o terceiro ano de especialização (nos moldes de residência), desta vez com foco na Gestão. Nesta formação, me aproximei das três esferas de governo, com predominância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Nesta secretaria, acompanhei do Secretário de Saúde a gerentes, passando por coordenações de programas e de áreas. Quando me aproximava da conclusão do curso, fui convidada a coordenar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pela Fiocruz em Tocantins, atuando junto às Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF) para avaliação de estrutura e processo de trabalho. Em 2012, de volta ao Rio de Janeiro, iniciei minha atuação como Assessora Técnica pela Organização Social de Saúde (OSS) Fibra, nas Unidades de Saúde da área do Centro da Cidade, AP 1.0. O contrato desta OSS com o município se encerrou em outubro de 2013, momento em que participei novos processos seletivos.

Após entrevista para AP 3.2, fui selecionada para assumir a gerência¹ da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (CFADS), no bairro do Jacarezinho, na qual permaneci por quase 9 anos, tendo saído em julho de 2022. Foi nesta Clínica que aprendi a ser gestora do Sistema Único de Saúde (SUS). Me sentia desafiada todos os dias em um território conflagrado por violência urbana de forma bastante acentuada. Quando assumi esta unidade, passava praticamente o dia inteiro respondendo ouvidorias e recebendo usuários insatisfeitos por não conseguirem atendimento (especialmente atendimento médico). Precisei, inicialmente, realizar uma imersão total naquele cenário para identificar as raízes dos problemas apontados, o que significava passar 12 horas por dia nesta unidade, que naquele momento funcionava de 7 às 20 horas. Dentre as mudanças planejadas, a até então ‘unidade-frágil’, a partir de articulações que fiz com a SMS e ENSP, passou a contar também com as Residências em Saúde da Família da

¹ A função de gerente nas unidades de Atenção Primária no Rio de Janeiro foi iniciada a partir dos contratos de gestão firmados entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais de Saúde em 2009. O capítulo 4, trará mais detalhes sobre esta função.

ENSP/Fiocruz e em Medicina de Família e Comunidade da SMS e se tornou uma potência enquanto unidade-escola. Aos poucos, o processo de trabalho da clínica foi reformulado, com base nos princípios do SUS e atributos da APS.

Realizei um amplo trabalho sobre concepção de equipe e vínculo territorial, que culminaram no atual reconhecimento da CFADS como uma das Clínicas mais potentes em formação acadêmica e fixação profissional no município.

Minha atuação enquanto gerente permitiu que eu contribuísse para formação e qualificação prática de profissionais que estão envolvidos com o fortalecimento do SUS. No entanto, o cotidiano apresentava um limite concreto chamado ‘tempo’, já que eu ficava imersa em todas as demandas que surgiam diariamente na Clínica, sendo acionada o tempo todo - diretamente, ou por todas as vias possíveis de comunicação (telefone, e-mail, 78 grupos de trabalho no WhatsApp, etc), que me faziam ‘ser gerente’ 24 horas por dia, 7 dias por semana. Esta situação de ‘quase devoção’ à função, me trouxe, naqueles quase nove anos, um divórcio, uma dificuldade constante em manter relacionamentos afetivos e um total descuido da minha saúde física e mental, gerando, por último, com a entrada no mestrado, um grande sofrimento por não conseguir ‘dar conta’ (sob minha visão) da Clínica e de tudo que envolvia minha qualificação, mesmo com a liberação da carga horária semanal de oito horas para estudo. Eu não estava ali por falta de outras oportunidades, muito pelo contrário, ser gerente da CFADS me abriu muitas portas e rendeu muitos convites para outras funções.

Meu trabalho era reconhecido e valorizado em diferentes espaços, mas algo me prendia àquela Clínica e, somente após muitas conversas com diferentes gestores e orientadora, meu coração se acalmou e aceitei, em junho de 2022, o convite para ser Articuladora Intersetorial da Coordenadoria geral de Atenção Primária (CAP) 3.2. Este cargo não existe oficialmente no organograma da CAP, no entanto, a partir do que eu trazia de necessidade para os gestores, a coordenadora da área apoiou a iniciativa e nomenclatura.

Com o reconhecimento do sofrimento e a aceitação de que eu precisava me cuidar (física e mentalmente), mudei meus planos para escrever sobre o que me consumia todos os dias: o trabalho do gerente. Foram quase nove anos acordando e imediatamente respondendo a mais de 200 mensagens no WhatsApp desde o horário de abertura da unidade, e dormindo meia noite, com a sensação de que as 16 horas que de alguma forma passei trabalhando não eram suficientes para dar conta de tudo que eu precisava fazer, mesmo buscando descentralizar as tarefas. Queria colocar para fora um pouco do que meu coração estava cheio, assim como as inquietudes que me acompanharam nesta trajetória do ‘ser gerente’. Desta forma, minha motivação para escolha do tema deste estudo tem íntima relação com minha trajetória profissional.

Este longo período na gerência me mostrou o quão amplo é o trabalho desta categoria, que muitas vezes não se sente reconhecida em seu esforço. É a função da ponta, a meu ver, especialmente no Município do Rio de Janeiro (MRJ) - meu lugar de fala - que recebe a maior carga de pressões, visto que é um profissional único na unidade, sendo cobrado diretamente pela própria SMS, pela CAP, pela OSS, pelos profissionais/equipe, pelas lideranças, equipamentos sociais do território e pelos usuários. Espera-se que o gerente dê conta de todos os problemas e faça a engrenagem da unidade de saúde girar com toda força - aliás a figura da engrenagem acompanha a descrição dos gerentes, até nas falas do secretário de saúde.

Apesar de ser entendido como a peça fundamental da engrenagem das Clínicas da Família (CF), pouco se tem escrito ou oficializado no município sobre todas as funções e atividades que os gerentes desenvolvem. Com isso, ele passa a ser ou a se sentir responsável por tudo, e muitas vezes sem conseguir limitar seu escopo de trabalho. Em todos os espaços de tensionamento, a frase “*Fala com a gerente*” é ouvida, como se esta profissional fosse detentora de um poder ilimitado. E essa fala tem muito peso, pois atende aos interesses de vários níveis de gestão ou necessidades imediatas, seja para transferir responsabilidade, seja para acolher um sofrimento ou para resolver os problemas.

Desta forma, tenho a expectativa que este trabalho compreenda a função do gerente a partir dos aspectos de gestão destas práticas nas Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, como estive nestes últimos anos. Busquei dar visibilidade aos resultados aqui encontrados aos outros níveis da gestão municipais, dando luz ao que é exercido ou desenvolvido no dia a dia do trabalho, entendendo que, mesmo antes de ser oficializada nacionalmente, muitos profissionais desenvolviam esta função no município e a modificaram ou readaptaram a partir das necessidades trazidas ou implicadas no modelo das OSS.

Tendo em vista as motivações acima apresentadas, essa pesquisa justifica-se pela frágil disponibilidade de referenciais orientadores específicos e que delimitem a função e atividades de gerentes das unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) especificamente do município do Rio de Janeiro. Há experiências com mais de 30 anos em todo Brasil sobre este papel de gestão de serviços de saúde, seja denominados enquanto diretores, coordenadores ou até mesmo como gerentes, porém neste trabalho, objetiva-se analisar a realidade específica do gerente nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro.

Em 2017 mais da metade dos municípios do Brasil já possuíam gestores nos serviços de saúde antes mesmo do reconhecimento e institucionalização da função de gerente na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017). Esta PNAB modifica a compreensão de gestão da Política Nacional de Humanização (PNH), e traz já um olhar mais gerencialista, contraposto a

expectativa de cogestão da PNH. Essa modificação da concepção de gestão dos serviços de saúde, pode ser uma explicação para a localização de pequena quantidade de artigos específicos no município, inerentes especificamente a esta função na APS carioca. As referências em geral falam sobre gestão e não sobre gerentes, função esta que o presente trabalho pretende explicitar a partir das práticas vivenciadas e observadas.

Com a desafiadora expansão da APS, iniciada em 2009 no município do Rio de Janeiro, que sempre apresentou um contexto sanitário complexo, visto o grande desordenamento urbano, a SMS-RJ demandou a criação da função de um gerente local para as novas UBS² (denominadas pelo município como Clínicas da Família), que ordenasse essa nova organização da APS, aliada também a um novo modelo de gestão, através de OSS. Este profissional gestor possui a missão de ordenamento territorial deste novo modelo de serviço de saúde que se conecte com o restante da rede de serviços de saúde do SUS. Fica em aberto a reflexão do quanto esse gerente tende a exercer a função mais gerencial ou gestora e quais são as implicações para o campo da gestão da APS, visto que este novo modelo de gestão traz diversas implicações, inclusive através dos vínculos de contratação de gestores.

Questiona-se até que ponto os gerentes locais tendem a exercer mais uma função gerencial do que gestora e se isto é uma questão tanto para estes profissionais, quanto para a SMS-RJ e/ou para as OSS. Há um pressuposto de que os gestores em meio a tantas atribuições nem se percebiam neste questionamento, ou até mesmo, em certa medida, desejem exercer apenas a função de gerente e não de gestores, sendo esta última compreendida pela forma ampliada e política do exercício da gestão.

Justifica-se por último a percepção de que a tradição da função do gerente esteja, de um modo geral, mais relacionada às organizações corporativas privadas, ou seja, distantes da realidade das organizações públicas e sobretudo da APS. Sendo assim, esta pesquisa compromete-se com estas necessárias e atuais reflexões, tendo a intenção de envolver os gerentes das Unidades de Atenção Primária, enquanto protagonistas que detêm um acúmulo de experiências e saberes, que podem contribuir para qualificação das práticas de gestão e fortalecimento da APS no município, bem como a ressignificação desta função como gerente ou como gestor.

² Nesta pesquisa as siglas UBS (Unidade Básica de Saúde) e UAP (Unidade de Atenção Primária) serão utilizadas com o mesmo significado, ou seja, servirão para identificar as unidades da Atenção Primária. Na pesquisa se optou por trabalhar desta forma, pois as políticas e portarias utilizam as duas formas de apresentação.

1. INTRODUÇÃO

Desde a reordenação do Sistema Único de Saúde, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil foi indicada como principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), vêm se experimentando diferentes formas de gestão dos serviços de saúde, seja através das organizações regionais, seja nas próprias unidades de saúde. O fortalecimento deste modelo de atenção, passa pela implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 e evolui posteriormente para uma perspectiva mais abrangente através da Estratégia de Saúde da Família em 2006. (BRASIL, 1998/2006/2012).

Na perspectiva da ampliação do acesso, a PNAB de 2012 destaca a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo substitutivo da Atenção Básica tradicional³, indicando esta como progressiva e singular, já que passa a incluir especificidades regionais e amplia seu escopo de ações. Relembra-se que a APS no Brasil ganhou destaque na década de 90 do século passado, passando pelos processos da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, seguido do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, chegando na Estratégia de Saúde da Família em 1996. A expansão das Equipes de Saúde da Família (EqSF) no país aconteceu de forma mais progressiva nas últimas duas décadas. Estas equipes tinham direcionamento para sua composição por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo a equipe de saúde bucal agregada ao longo do tempo e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) surgindo posteriormente como equipe de apoio.

Os municípios comumente têm apresentado o desafio da implantação da APS e de estabelecer o acesso à saúde da população de forma geral, e essa questão não é diferente no município do Rio de Janeiro, que, mesmo sendo uma capital importante, também vem buscando ao longo dos últimos anos ampliar o acesso à Atenção Primária através da ESF.

No município do Rio de Janeiro, a expansão da APS aconteceu efetivamente entre os anos de 2009 e 2015, ocorrendo a implantação de mais de 800 EqSF (Soranz & Pisco, 2016). Esse crescimento na cobertura da ESF na cidade ocasionou, além da criação de Clínicas da Família, o ingresso de uma quantidade expressiva de profissionais de saúde nas unidades.

³ O termo Atenção Básica (AB) no Brasil, corresponde à Atenção Primária à Saúde (APS) nos sistemas universais. Optou-se nesta dissertação, por utilizar o termo de APS, considerando uma maior abrangência nos referenciais teóricos, porém reconhecendo e valorizando a importância do termo na história do SUS. Sua definição perpassa por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Este último fato esbarrou em uma situação que foi a não formação específica e poucos profissionais com perfil de competências e habilidades já desenvolvidos entre as categorias técnicas que compunham as equipes. As graduações em saúde do município, mesmo com as modificações das políticas reordenadoras do cuidado que vêm ocorrendo desde 1994, não preparam os profissionais de forma mais abrangente para assumirem a APS, mantendo um modelo formativo centrado no indivíduo e na lógica hospitalar.

Assim como aconteceu com as categorias técnicas de saúde, que não estavam preparadas para compor as EqSF, a PNAB só passou a formalizar o cargo do gerente, como componente da APS em 2017. Desta forma, assim como as outras categorias, poucos profissionais possuíam perfil, competências e habilidades específicas para o cargo no município do Rio de Janeiro. Apesar de surgir na PNAB e ter incentivo pelo Ministério da Saúde (MS) para agregação do gerente em 2017, o município do Rio já contava com este profissional em suas unidades desde o início da expansão das Clínicas da Família, subsidiando financeiramente de forma direta este cargo a partir da entrada dos contratos de gestão das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Segundo Pessoa (2011), o cargo de gerente na APS do MRJ foi criado através da parceria com a SMS-RJ e as OSS. Este profissional seria responsável pela infraestrutura, organização dos fluxos assistenciais, gestão dos trabalhadores e do processo de trabalho das equipes, criação de um bom ambiente de trabalho e execução de tarefas burocráticas voltadas para o campo da administração e monitoramento de metas pactuadas.

Buscando entender as reflexões acerca da função do gerente no Rio de Janeiro, foi notória a fragilidade de publicações específicas no contexto da APS deste município. Duas profissionais, formadas em curso de Mestrado Profissional da ENSP, e que também haviam passado pela experiência da gerência, já haviam sinalizado esta situação em seus trabalhos. Monique Bloise (2015), em sua dissertação, intitulada “Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios”, já demonstrava que, mesmo com profissionais à frente das Clínicas da Família no município desde 2009, a falta de definições sobre essa função (em todos os seus aspectos) fragilizava o processo de seleção, a condução do trabalho e o monitoramento das equipes.

A primeira questão que se coloca ao se analisar o processo de trabalho dos Gerentes, tanto na literatura quanto no relato dos mesmos é a inexistência de uma definição clara sobre a função gerencial nas UBS. Enquanto, na Política Nacional de Atenção Básica, as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família estão bem definidas, no caso da função gerencial das UBS não existe uma diretriz única de trabalho ou um documento que formalize as principais funções dos Gerentes. Isto pode dificultar do lado dos Gerentes o planejamento e organização de suas atividades e do lado dos Gestores o estabelecimento de critérios de seleção, acompanhamento e avaliação do trabalho destes profissionais. (Bloise, 2015, p.87)

Após cinco anos desta publicação, outra pesquisadora também se debruçou sobre esta função, porém já observando que, naquele momento, a função do gerente havia sido oficializada através da PNAB de 2017. Fernanda Bastos (2020), em sua dissertação “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”, reconhece que, apesar, de neste momento já haver o reconhecimento pelo Ministério da Saúde da necessidade da função do gerente, é importante que se envolvam os profissionais na elaboração de suas competências: “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”. (Bastos, 2020, p. 83).

Partindo da necessidade da compreensão da função dos gerentes e da correlação entre as funções gerenciais e/ou gestoras, buscou-se identificar o atual perfil destes profissionais: quem são, quais são os requisitos para ser gerente, quais são suas características, quais são seus compromissos com o SUS e com os territórios, seu processo formativo, atribuições teóricas e práticas, estrutura de governança associada a função de gerência e as expectativas do ‘ser gerente’. Até que ponto o acúmulo de experiência permite que os gerentes reflitam sobre a relação entre gestão e gerência? Quais são os perfis e expectativas dos gerentes que exercem essa função há mais de cinco anos e os que passaram a exercê-la recentemente? Em que medida os profissionais se aproximam mais das funções gerencialistas, ou tendem a se aproximar mais da reflexão de gestão? As visões e expectativas acerca desta função são muito diferentes com base no tempo de trabalho neste cargo? E quando este cargo é exercido em uma mesma clínica, gera alguma mudança? São muitas questões que permeiam o olhar dos gerentes, tendo este trabalho a proposta de refletir sobre seus achados a partir do protagonismo destes profissionais.

Contextualiza-se que nas PNABs de 2006 e 2012 o gerente não compõe uma unidade de Saúde (nesta nomenclatura). Algumas funções, hoje atribuídas a ele, aparecem distribuídas entre os profissionais da equipe técnica e diretamente ao município. A atualização da PNAB de 2017 apresenta a indicação para

inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor municipal, segundo a necessidade do território e cobertura de AB. (BRASIL, 2017)

Se faz necessária a reflexão, e corrobora-se desde a introdução desta pesquisa com o pensamento de Giovanella (2018), em se pautar que, apesar de considerar um avanço a inclusão do gerente para condução da gestão da unidade, enquanto indução para não sobreposição de

funções, a reformulação e publicação desta PNAB em 2017 traz algumas outras indicações para fragmentação do processo de trabalho e ameaças para todos os Atributos da Atenção Primária (Starfield, 2002), à medida que amplia a flexibilização dos vínculos, reduz a quantidade de ACSs, apoia a criação de planos privados populares, dentre outros pontos que impactaram negativamente a consolidação da Estratégia de Saúde da Família desde a sua promulgação.

Com isso, a reflexão sobre a função do gerente/gestor que foi discutida neste trabalho também pode ter sido modificada ao longo do período delimitado e escolhido para este estudo: de 2009 (período compreendido como o da expansão da APS no Rio de Janeiro), passando pela mudança de governo que reduziu o quantitativo de equipes, período de pandemia de Covid-19, em que os serviços funcionaram de forma adaptada, até os dias de hoje, com a retomada do mesmo governo que fora responsável pelo início da expansão e após o período mais crítico da pandemia.

Apesar de ser um profissional impactado em todas as mudanças do planejamento e execução da APS no MRJ, é surpreendente que haja tão poucas pesquisas conduzidas sobre o tema, especialmente a partir das perspectivas dos próprios sujeitos. Poucos estudos têm se concentrado em entender quem são e como é a prática de gestão das UBS no município, a fim de subsidiar a tomada de decisões. Nesta perspectiva, adotou-se como base reflexiva para esta dissertação, a teoria e o método Paidéia propostos pelo professor Gastão Wagner, enquanto trabalho sistemático que visa aumentar a capacidade dos sujeitos de agirem sobre o mundo, formando assim profissionais reflexivos e operativos, uma vez que os resultados aqui apresentados foram obtidos a partir da vivência destes profissionais. (Campos, 2006)

Tendo em vista a abrangência das atribuições e funções dos gerentes e a não especificação da prática e dos limites de trabalho, esta pesquisa tem como objetivo analisar a prática dos gerentes a partir da visão destes profissionais na gestão das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro.

Como anteriormente já apresentado, acima estão o conjunto das motivações e justificativas que trouxeram a ideia desta pesquisa, neste momento. A estrutura planejada para essa dissertação, consiste na introdução propriamente deste capítulo e a seguir virá o percurso metodológico, com a apresentação dos objetivos gerais e específicos, assim como a metodologia aplicada. Em seguida, serão apresentados os marcos teóricos conceituais que serviram como base de análise para o campo empírico e por fim os resultados obtidos, conclusão e considerações finais.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo está descrito o percurso metodológico que foi percorrido, demonstrando seus objetivos e métodos para alcance dos resultados.

2.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1.1 Objetivo Geral

Analisar a prática dos gerentes a partir da visão destes profissionais na gestão das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro

2.1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo histórico da categoria de gerente da APS do município do Rio de Janeiro a partir de 2009;
- Caracterizar as atribuições e atividades do gerente no atual contexto das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro;
- Identificar as expectativas do gerente sob a perspectiva da correlação das funções gerenciais e/ou gestoras;
- Contribuir para novos referenciais teóricos e práticos sobre a função dos gerentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro

2.2 MÉTODOS DA PESQUISA

Esta pesquisa tem caráter descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, tendo a figura do gerente como protagonista. A escolha pela pesquisa qualitativa objetiva entender a percepção dos envolvidos neste estudo a partir do significado atribuído a um problema específico da categoria. (Creswell, 2010)

Minayo (2001) reafirma que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares com um nível de realidade que não pode ser quantificado. É possível verificar uma gama de possibilidades, incluindo motivações, aspirações, valores e atitudes implicadas nas relações.

Um fator a ser destacado está relacionado à implicação com a temática investigada – pois além de permanecer atualmente na gestão do município, fui por quase nove anos gerente de Clínica da Família, como descrito no início deste projeto. Este fato potencializa ainda mais a escolha da pesquisa qualitativa, que possibilita uma escrita mais criativa e ampla dos resultados obtidos. (Creswell, 2010)

(...) a pesquisa qualitativa é uma pesquisa interpretativa, com o investigador tipicamente envolvido em uma experiência sustentada e intensiva com os participantes. (...) os investigadores identificam explícita e reflexivamente seus vieses, seus valores e suas origens pessoais (...) que podem moldar suas interpretações durante um estudo. (Creswell, 2010, p. 211)

A separação ou a neutralidade total do pesquisador não existe na pesquisa qualitativa. Tobar & Yalour (2001) trazem uma reflexão de que não se deve separar a vida pessoal do trabalho na escolha de um tema de pesquisa, uma vez que o estudo pode ser enriquecido com a experiência prévia da pesquisadora, assim como pode incorporar ao seu processo de trabalho os conhecimentos obtidos através do estudo.

Buscando compreender as expectativas que circundam a função do gerente na APS do município do Rio de Janeiro, foi realizada uma revisão de literatura sobre os conceitos mais próximos ao tema, buscando identificar as bases conceituais já existentes, bem como as normativas que inserem este profissional na ESF.

Foi realizada busca por descritores a base de dados LILACS e SCIELO, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Gestor de Saúde” or “Gestão em Saúde” e (and) “Estratégia de Saúde da Família”, tendo como resultado de pesquisa, com delimitação temporal dos últimos 20 anos, 18 artigos relacionados às questões disparadoras, realizando a exclusão dos que não estavam voltadas para APS. É interessante notar que a maioria dos artigos relacionados à gestão e a ESF estão relacionados ao trabalho de liderança de equipes e do cuidado realizados pelos enfermeiros, porém este não é o foco deste trabalho.

Além da revisão de literatura, foi realizada aplicação de questionário, registros no diário de campo e entrevistas semiestruturadas. Os dados obtidos através destas propostas foram analisados e interpretados através do método da Hermenêutica Dialética (Minayo, 2014), mantendo-se o compromisso com a fidedignidade à compreensão dos dados empíricos, contribuindo para contextualização de forma crítica a história e os discursos dos sujeitos com base na práxis.

2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ATRAVÉS DA HERMENÊUTICA DIALÉTICA

Minayo (2014) traz as conceituações de Hermenêutica Dialética, segundo Gadamer, em que a Hermenêutica problematiza a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, e fundamenta-se em dois princípios: a experiência cultural que traz os resultados dos consensos, que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos. Já a

Dialética reflete sobre a linguagem, os fatos, os símbolos e a cultura de forma a compreender o caráter contraditório, possibilitando realizar uma crítica sobre eles. A autora destaca este modo de análise como fundamental, especialmente enquanto caminho de pensamento nas pesquisas qualitativas, que cubram “uma quase ausência de pesquisas de fundamentação marxista que levem em conta a subjetividade” (Minayo, 2014, p.325).

Desta forma, a proposta para utilização da Hermenêutica-dialética, como proposto por Minayo (2014), vem ao encontro da ideia de transcender aspectos mecanicistas de outras técnicas também aplicadas em pesquisas qualitativas. Com este método de análise, objetiva-se valorizar o discurso dos sujeitos, seus consensos e dissensos, bem como o contexto histórico em que estão inseridos, correlacionando estes paralelamente aos referenciais teóricos conceituais destacados nesta pesquisa.

Buscando reduzir possíveis implicações relacionadas ao fato de eu como pesquisadora ter estado por período extenso como gerente em uma Clínica da Família, propõe-se a utilização de validação externa junto com a orientadora desta pesquisa.

Como no processo de coleta de dados, no uso dos instrumentos e técnicas, também é necessária uma validação da análise procedida pelo pesquisador. Existem diversas formas de se realizar essa validação, por exemplo, na triangulação de teorias, na qual se analisa os dados tomando por base várias teorias e tenta-se encontrar validade intrínseca pelo embasamento de cada uma delas. Mais comumente tem-se usado à validação externa, por juízes e pelos pares. Também se pode apresentar os resultados, aos pares, nos grupos de discussão e pesquisa, apresentando e debatendo os resultados nestes fóruns. (Campos, 2004, p.614)

Desta forma, para alcance do objetivo geral a que se propõe esta pesquisa, foram utilizadas as seguintes técnicas, detalhadas mais adiante:

- Análise documental
- Questionário aplicado a gerentes de Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro
- Diário de campo
- Entrevistas semiestruturadas com gerentes de Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro.

É importante salientar que, tendo caráter exploratório, com base em todas as técnicas acima apresentadas, esta pesquisa não tem a pretensão de descrever de forma geral todos os gerentes do Rio de Janeiro, mesmo buscando entrevistar profissionais de todas as Áreas de Planejamento, não havendo assim, o que Creswell (2010) chama de generalização qualitativa. Os resultados representam os consensos e dissensos contidos na prática destes gerentes que responderam ao questionário e especialmente as entrevistas.

2.4 RECURSOS METODOLÓGICOS

Para melhor compreensão das estratégias escolhidas nesta pesquisa, foi realizada uma correlação com os objetivos específicos e posteriormente descrita a forma de utilização de cada uma delas. O quadro 1 demonstra as estratégias escolhidas para o alcance de cada um dos objetivos.

Quadro 1 – Objetivos específicos e estratégias utilizadas

Objetivos Específicos	Estratégias utilizadas
Descrever o processo histórico do gerente da APS do município do Rio de Janeiro a partir de 2009;	Análise documental
Caracterizar as atribuições do gerente no atual contexto das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro;	Questionários Entrevistas semiestruturadas
Identificar as expectativas do gerente sob a perspectiva da correlação das funções gerenciais e/ou gestoras;	
Contribuir para novos referenciais teóricos e práticos sobre a função dos gerentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde.	Análise documental Entrevistas semiestruturadas

Fonte: Elaboração própria, 2022

As técnicas escolhidas não se esgotam unicamente na resposta de cada objetivo, mas representam uma sequência, que serve como base complementar umas para as outras visando o alcance dos resultados obtidos.

2.4.1 Análise documental

A análise documental objetiva o levantamento e identificação das normatizações acerca do gerente na APS, incluindo as normativas específicas do município do Rio de Janeiro, entendendo que, por mais que a função não seja nova no SUS (enquanto gestores/ dirigentes dos serviços de saúde), esta só foi oficializada a partir da PNAB de 2017.

Utilizou-se a PNAB 2017 e a Carteira de Serviços da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro de 2021 como principais normativas balizadoras de análise enquanto diretrizes normativas para a função dos gerentes atualmente.

Mattos (2022) identifica cinco análises preliminares propostas por André Cellard que foram realizadas nesta etapa da pesquisa:

(...) o contexto sócio-histórico em que os documentos foram propostos e produzidos; o autor ou os autores envolvidos em sua elaboração, assim como as forças que estavam em disputa; a autenticidade e a confiabilidade do texto, que diz respeito a fidedignidade do documento, também sendo relevante verificar a implicação do autor, ou autores, com o que foi produzido; a natureza do texto, ou seja, para quem ele se

destina e qual a estrutura da escrita do documento; e os conceitos-chave e lógica interna do texto, que se referem a compreensão dos termos e palavras utilizadas, para que seja evitado equívocos nas interpretações. (Cellard A., 2010, apud Mattos M., 2022, p. 38)

Durante o período de desenvolvimento da pesquisa, não foi identificada nenhuma nova normativa sobre os gerentes na APS, sendo utilizadas as que foram mencionadas anteriormente.

2.4.2 Questionário semiaberto

A aplicação dos questionários semiabertos teve por objetivo traçar um perfil dos entrevistados e iniciar a aproximação com as informações contextuais dos gerentes. Ele foi estruturado através de formulário digital específico do google (com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE, conforme apêndice 1), buscando facilitar o preenchimento pelos gerentes e consolidação das informações posteriores. Aponta-se inicialmente como vantagem de sua utilização, conforme indicado por Goldenberg (2004), a facilidade na sistematização, a agilidade na resposta, a flexibilidade de tempo para o pesquisado responder e uniformidade para mensuração das respostas.

O link do questionário foi enviado aos gerentes pela primeira vez no dia 14 de março de 2023 através do grupo de mensagens instantâneas (WhatsApp) de ‘gestores das unidades de APS do Município’. Esse grupo possui mais de duzentos gestores, sendo que alguns destes, como eu, neste momento estão em outro nível de gestão que não a gerência na ponta. Além do grupo, o link também foi enviado para gerentes com maior proximidade e intimidade para que colocassem nos grupos de suas áreas. Além do WhatsApp, o link também foi enviado por e-mails para coordenadores de área, com a solicitação de que enviassem também através daquele meio de comunicação para os gerentes de suas CAPs, de forma que fosse possível afirmar que todos os gerentes do município tiveram acesso ao convite da pesquisa por algum meio de comunicação. Com exceção da AP 2.1, em todas as outras áreas houve a confirmação da circulação coletiva do link para resposta ao questionário da pesquisa. O link do questionário ficou aberto para novas respostas até o dia 07 de abril de 2023, totalizando 25 dias de coleta de dados.

A resposta ao questionário se deu de forma assíncrona e foi critério prévio para continuidade da pesquisa para a fase das entrevistas. A disponibilização do link para o

questionário obedeceu ao tempo previsto no cronograma, bem como o início das entrevistas, tendo esta última avançado até o mês de setembro de 2023.

A escolha dos gerentes para a entrevista se deu após a finalização das respostas ao questionário, utilizando primeiramente como base aqueles que responderam a última pergunta sobre o desejo de participar de uma entrevista mais aprofundada e em seguida foram aplicados os critérios de inclusão apontados no próximo item desta pesquisa.

Os participantes não foram identificados nominalmente, porém foi solicitado o e-mail para contato posterior aos que desejassem participar da entrevista. O RCLE estava na primeira página do questionário, junto a uma pergunta se concordava em participar da pesquisa. Caso o participante não desejasse dar continuidade à participação, escolheria esta opção e o questionário não abriria para respostas. A continuidade do preenchimento do questionário, bem como sua finalização e envio, foi considerado como aceite para o RCLE, que esteve também disponível para impressão do participante.

As questões escolhidas para este processo estão no apêndice 3 deste projeto, sendo este composto por 28 questões, das quais 25 fechadas (múltipla escolha), e 3 abertas - uma sobre qual a formação em gestão do gerente e duas sobre sua atuação/ atribuição. Todas as questões foram de preenchimento obrigatório, mantendo sempre uma opção de 'Não se aplica'. A maior parte das respostas não ultrapassou a duração de dez minutos.

Para construção do questionário, foram observadas as orientações estabelecidas no documento "Orientações sobre Ética em Pesquisa em Ambientes Virtuais" (FIOCRUZ, 2020), elaborado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (CEP/ENSP).

Utilizaram-se as respostas ao questionário para o desenho e análise do perfil dos participantes da pesquisa, sabendo-se que este é um retrato deste momento do perfil dos gerentes das unidades de Atenção Primária do Rio de Janeiro. Estes resultados foram combinados com as informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e analisadas utilizando também como base de compreensão os estudos que compõem o marco teórico conceitual desta pesquisa.

2.4.3 Entrevistas semiestruturadas

A escolha da técnica de entrevista tem por objetivo complementar as respostas obtidas nos questionários, abrindo a possibilidade de um maior diálogo com os gerentes. As entrevistas tiveram lógica indutiva, com levantamento literário mais aprofundado a partir da categorização obtida nas respostas dos gerentes (Creswell, 2010). Desta forma, utilizaram-se as categorias de

análises obtidas através do método de análise de conteúdo para desenvolver posteriormente, a partir do resultado das entrevistas, os temas e categorias aprofundadas na correlação entre os conceitos de gerente e gestores.

Conforme sugere Goldenberg (2004), foram entrevistadas nesta pesquisa as pessoas que mais entendem sobre o assunto da prática gerencial: os gerentes. Acredita-se que estes profissionais estão no topo de uma hierarquia de credibilidade, conhecendo, assim, todo o assunto proposto.

Optou-se nesta pesquisa pela utilização de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas, que foram realizadas após o aceite da continuidade de participação na pesquisa (ao final do questionário). A ideia foi de, após traçar um perfil dos entrevistados, com base na resposta do questionário, ouvir de forma aprofundada o que os gerentes teriam a falar, tendo como base um roteiro de questões abertas (apêndice 4). Buscou-se relacionar as perguntas aos objetivos do trabalho, trazendo questões claras e objetivas presentes do cotidiano dos entrevistados. (Goldenberg, 2004)

(...) É especialmente apropriado para projetos que tratam de pessoas acostumadas ao eficiente uso de seu tempo e podem não estar dispostas a gastá-lo em conversas sem fim com o entrevistador. O guia de entrevista ajuda a mostrar que o pesquisador tem clareza sobre seus objetivos, mas é também suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante para encontrar e/ou seguir novas pistas. (Tobar & Yalour, 2001, p. 101)

As entrevistas aconteceram em dois formatos: presencial e virtual, sendo este último através de ferramenta gratuita do Google (Meet), a partir da pactuação entre pesquisadora e gerente entrevistado, visto que a questão do tempo disponível destes profissionais poderia ser uma interferência já prevista nesta pesquisa. Nas ocasiões em que as entrevistas aconteceram em formato presencial, todas foram realizadas em sala reservada nas clínicas, buscando assegurar o sigilo das informações obtidas. Foi solicitada a autorização para gravação em áudio das respostas, paralelamente ao registro/ anotações escritas à mão, para o caso do equipamento de gravação falhasse, assim como anotação de elementos não verbais importantes durante os encontros. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra do gerente entrevistado (Apêndice 2). Este material será guardado por cinco anos, conforme legislação vigente.

Nas entrevistas realizadas em formato virtual, foi enviado previamente um link por meio eletrônico, juntamente com o TCLE, como carta convite, onde foi solicitada a autorização para gravação de toda entrevista, reiterando a questão da ética e sigilo. Antes de iniciar a entrevista, foi questionado sobre a leitura, aceite dos termos e autorização para gravação do áudio. Os participantes da pesquisa sinalizaram verbalmente sobre a concordância com os termos de

participação.

CrITÉRIOS de Inclusão

- Estar contratado como gerente de Clínica da Família no município do Rio de Janeiro;
- Qualquer formação profissional de nível superior, desde que esteja atuando como gerente;
- Ter representatividade das dez Áreas de Planejamento existentes no Rio de Janeiro;
- Um gerente de cada Área de Planejamento – Preferencialmente por tempo de serviço: até um ano e acima de cinco anos atuando como gerente de Clínica da Família (a princípio na mesma UBS; na ausência deste profissional na área, um gerente com mais de cinco anos na função);
- Participação voluntária, com convite pessoal a partir do desejo em participar de entrevista aprofundada, respondido ao final do questionário do Google Forms, colocando o critério do tempo de serviço.

CrITÉRIOS de Exclusão

- Gerentes de Centros Municipais de Saúde;
- Diretores de Centros Municipais de Saúde;
- Gerentes com menos de 6 meses atuando na função;
- Profissionais que não estejam atualmente na função de gerentes de Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro;
- Pessoas que não quiseram participar ou queiram descontinuar sua participação a qualquer momento.

A decisão de exclusão dos gerentes e diretores dos Centros Municipais de Saúde (CMS) foi uma escolha, visto que nestas UBSs, classificadas no município do Rio como ‘modelo B’ (misto), há a presença de duas formas de contratação trabalhando juntas em um contexto de equipes diferenciadas (celetistas e servidores na mesma unidade). Este cenário pode trazer perspectivas diferenciadas ao que é vivido nas Clínicas da Família, cenários onde toda a equipe, inclusive o gerente, é contratado pelas OSS.

A descrição e/ou comparação entre os modelos de gestão não é o objetivo deste estudo. É necessário reconhecer sua importância, no entanto, o tempo do mestrado traria restrição para sua análise, tomando-se a decisão de focar apenas no modelo das Clínicas da Família em que há um único profissional designado como gestor. Além disso, na maioria dos CMSs há presença de um gerente (celetista) e um diretor (estatutário), fato este que tende a modificar a percepção dos gerentes, visto que a gestão necessariamente acontece com dois comandos implicando outras situações, que não serão abordadas nesta pesquisa.

2.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante reforçar que esta dissertação não pretende esgotar todas as questões acerca da atuação e vivências de ‘gerentes das unidades de Atenção Primária’, tendo-se a pretensão inicial de levantar os marcos teóricos referenciais e compreender de que forma eles se consolidam atualmente, na prática destes profissionais. Essa pesquisa suscitou algumas questões e abriu novos processos de reflexão, porém devido à limitação do tempo do mestrado, ficarão abertas para futuros estudos.

Uma limitação encontrada e mencionada desde o início desta pesquisa é a pequena quantidade de publicações que falam sobre ‘gerente de Clínica da Família’ especificamente no município do Rio de Janeiro. Outra limitação está relacionada à rotatividade de gerentes no município, o que ocasionou a não disponibilidade de profissionais mais experientes em determinadas áreas ou o desligamento do profissional no período da pesquisa.

Devido à quantidade de atribuições desenvolvidas pelos gerentes, algumas entrevistas aconteceram de forma remota para otimização do tempo dos sujeitos da pesquisa e seus desejos na escolha por este formato. Esta segunda forma mencionada de entrevista pode interferir nas informações obtidas e analisadas, visto que pode ser um fator limitante de percepção de campo.

Esta pesquisa utilizou a resposta dos gerentes de Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, como base de análise, a partir de seus pontos de vista quanto à sua função profissional, não levando em consideração os olhares de suas equipes ou usuários, nem de outros gestores (CAP, OSS e SMS-RJ). Novamente, a questão do tempo inviabilizou a incorporação de determinadas percepções. Desta forma, tanto para análise geral do perfil dos gerentes que responderam ao questionário, quanto em amostragem comparativa, recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas e aprofundadas para melhor descrição destes profissionais.

Por fim, devido à minha experiência no município do Rio de Janeiro e implicação de muitos anos nesta função, reconhece-se que há outras formas de trabalho relacionadas à função dos gerentes no Brasil, mas se reforça que nesta pesquisa será vislumbrado apenas a realidade do município vivenciado, sem pretensão de análise comparativa com outras experiências. Entende-se e se assume esta limitação, mas se propõe o aprofundamento para o olhar desta cidade.

2.6 ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

Como pesquisadora, me comprometi a seguir as normas éticas preconizadas pela

Resolução n°466/2012 e pelas normas em vigor que definem os princípios éticos das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Resolução n° 510, de 07 de abril de 2016). O projeto foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Por questões de sigilo e de privacidade, a identidade dos entrevistados não será identificada neste estudo, como descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que consta no apêndice 2 ao final deste projeto.

A aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP, CAAE 65764222.1.0000.5240 ocorreu no dia 20 de janeiro de 2023 e a aprovação final pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde foi publicada no dia 02 de março do mesmo ano, na Plataforma Brasil, CAAE 65764222.1.3001.5279.

Os riscos identificados aos participantes estavam relacionados ao desconforto ou constrangimento ao responderem alguma das questões - no entanto, foi oportunizado a interrupção da entrevista a qualquer momento, se este fosse o caso. Como pesquisadora responsável, reforcei no início da entrevista a importância do sigilo dos dados produzidos e busquei manter um clima agradável, para que os gerentes envolvidos no estudo se sentissem à vontade e protegidos para expor suas ideias sobre os temas abordados.

Todas essas orientações para redução dos riscos foram acordadas com os participantes antes do início da entrevista, bem como o esclarecimento sobre o termo de consentimento e a garantia da confidencialidade, mantendo a identidade em sigilo durante todo processo da pesquisa.

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A Saúde Coletiva brasileira acumulou no decorrer das últimas décadas muitas reflexões sobre a gestão em saúde. Diferentes autores são referências e irão contextualizar esta prática, tais como Gastão Wagner de Sousa Campos, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Emerson Elias Merhy, Eugênio Villaça Mendes, Aluísio Gomes da Silva Junior, Rosana Onocko, José Ricardo Ayres, Jairnilson Silva Paim, Oswaldo Yoshimi Tanaka, Carmen Fontes de Souza Teixeira, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lilia Blima Schraiber, Francisco Javier Uribe Rivera, Adolfo Horacio Chorny, entre outros. Alguns destes formaram referencial para esta dissertação e outros estiveram presentes em leituras que não estarão como referências citadas nesta pesquisa. Os principais autores escolhidos enquanto referencial foram Gastão Wagner, Luiz Cecílio e Emerson Merhy.

Neste capítulo, além das bases conceituais, serão apresentadas políticas e portarias ligadas à gestão em saúde, mais especificamente à Atenção Primária. Este tema será contextualizado e aprofundado com o processo de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. Pretende-se descrever, tal como previsto no primeiro objetivo específico desta pesquisa, o processo histórico do gerente da APS. O capítulo 5 (resultados) dará continuidade a este, porém direcionando para o contexto do município do Rio de Janeiro a partir de 2009. Sabe-se que não será esgotado todo o referencial neste capítulo, visto que haverá necessidade de aprofundamento teórico na análise dos achados das entrevistas.

Nas buscas em grandes bases de dados em artigos científicos, os descritores referentes à gestão ou gerência de serviços de saúde devolvem majoritariamente descrições do desenvolvimento da função por enfermeiros. Alguns artigos que relatam o levantamento bibliográfico sobre esta temática, corroboram sobre esta afirmativa da dificuldade de obtenção de materiais, tal como Peiter et al (2017) e Cavalcante et al (2021).

Durante a pesquisa foram encontradas dificuldades, com relação à quantidade de artigos científicos publicados sobre o assunto, tendo em vista que se trata de um assunto atual e relevante, principalmente respectivo à qualidade dos serviços prestados no âmbito do SUS, e relacionado ao papel dos gestores dos serviços de saúde, como representante dos colaboradores que prestam serviços ao sistema público. (Cavalcante et. al, 2021, p. 82)

Sabe-se que há uma pluralidade de temas que atravessam as necessidades de pesquisas em saúde e que nos últimos dois anos a temática da pandemia de Covid19 se tornou mais urgente e impactante, considerando a mortalidade ocasionada. Ainda assim, muitos pesquisadores deram continuidade a seus estudos, visto que, mesmo com todas as adaptações que foram necessárias no Sistema de Saúde, as discussões referentes à qualidade do

atendimento prestado, acesso e escuta qualificada, dentre outros, permaneceram nas agendas prioritárias.

Resgata-se, conforme mencionado por Fernandes et al. (2009), que o processo de municipalização de saúde fez parte do movimento de reforma administrativa do Brasil e trouxe a necessidade de repensar a gestão como sendo capaz de atender a uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente em todas as suas esferas.

O conhecimento das tecnologias de gerenciamento em saúde para os municípios torna-se essencial, visto que, historicamente, a gerência era apenas executora das ações planejadas no âmbito federal, não acumulando experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. O processo de descentralização do sistema único de saúde coloca a competência gerencial como um fator preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. (FERNANDES, 2009, p. 1542)

Portanto, para se contextualizar a função do gerente, é preciso compreender a descentralização e a municipalização das políticas públicas, em especial aquelas voltadas para a Saúde.

3.1 A DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização é uma diretriz constitucional no Brasil para organização e consolidação do SUS. É um pressuposto para redefinição das funções das três esferas de governo. Bertussi (2002) destaca que, apesar da diretriz clara para viabilização e orientação de funções, há também um desafio para a profunda redistribuição de poder, competências e recursos, o que impacta na implementação do SUS. A autora conceitua três formas de descentralização como sendo: interna, externa e em entre níveis de governo.

A descentralização **interna** (de cima para baixo na estrutura administrativa do setor público), a descentralização **externa** (de dentro para fora da estrutura do Estado), ou ainda a descentralização **entre os níveis de governo**, fortalecendo o poder local.

Na primeira forma ela é caracterizada por dizer respeito ao processo decisório, em um movimento de cima para baixo, dentro da própria organização estatal, entre os níveis hierárquicos, delegando competências e responsabilidades;

A segunda forma ocorre dentro da estrutura do Estado para a sociedade, e neste caso podemos exemplificar os projetos de parceria do Estado com a sociedade, contratação externa (terceirização), com organizações não governamentais (publicização) e fusões, entre outros mecanismos;

E por fim, existe o conceito mais usualmente aplicado para a descentralização, que é a delegação de poder a atores em níveis mais periféricos, onde o nível mais central só deve executar aquilo que o nível periférico não faz, delegando poder à instância local. (Pimenta, 1998 apud Bertussi, 2002, p. 18, grifos próprio)

A descentralização pode ser entendida no contexto da construção do SUS como uma forma de redistribuição das responsabilidades entre os vários níveis de governo, com o pressuposto de que há maior êxito quando o gestor está mais próximo dos problemas de saúde.

Assim, a descentralização perpassa pela regionalização e a hierarquização, buscando reordenar o sistema de forma mais eficaz, seja na tomada de decisões, seja na gestão de recursos.

Os sistemas políticos se articulam em três instâncias básicas: primeiro, o contrato social de fundação e refundação da sociedade, isto é, toda uma rede de leis e de valores que compõem as instituições em uma dada sociedade; segundo, o governo e outros dirigentes que realizam a 'gestão' da rede de organizações que constituem a polis contemporânea, no caso, o Estado, empresas públicas e privadas e outras organizações religiosas ou comunitárias; terceiro, os sujeitos que vivem segundo essas leis e que se utilizam ou trabalham nessas organizações, ou seja, indivíduos e coletivos organizados que formam movimentos sociais, a opinião pública e grupos de interesse. (Campos, 2006, p. 20)

Traz-se inicialmente este conceito de descentralização para reflexão sobre redefinição da estrutura de poder nas esferas de governo, repensando as competências executivas e decisórias que serão base para compreensão da função de gestão no SUS.

O processo de descentralização reforça a ideia de autonomia de gestão para os municípios que, com base nas normativas nacionais, optam por modelos de gestão que atendam aos interesses e necessidades da população. Sendo assim, o processo de descentralização viabiliza o desenvolvimento de ações mais integradas, intersetoriais e interinstitucionais. (Cecílio, 1997)

Pensando na descentralização do sistema público de saúde, os municípios passaram a ser responsáveis diretamente pela saúde dos seus habitantes, o que, segundo Pinto e Giovanella (2018) ocasionou uma mudança institucional, gerencial, político e financeiro. Além da estrutura da gestão municipal, as secretarias de saúde precisaram se adequar para expansão e implantação dos serviços de saúde e participação nas mudanças de financiamento da atenção a saúde.

Ainda que o conceito de descentralização esteja ligado à macropolítica, entende-se que este processo também acontece e se aposta com base territorial, ou seja, que também aconteça nos territórios. Nesta perspectiva, a função de gestores nos territórios e nos serviços compõe toda a estruturação de descentralização no SUS. Assim, os gerentes (enquanto gestores da unidade) irão compor o processo de fortalecimento do processo de descentralização de gestão. Portanto, envolver gestores de diferentes níveis de gestão nos processos decisórios, na governança do setor saúde, é trazer o processo de descentralização para que ocorra no cotidiano das práticas dos Sistemas e Serviços de Saúde.

3.2 A GESTÃO NO SUS – SOBRE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

No processo de implementação do SUS, o princípio da descentralização gerou 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 no nível federal. (Romagnolli; Carvalho; Nunes, 2014)

Neste sentido, o campo da gestão vem sendo ampliado desde o último século, trazendo ainda consigo conceitos relacionados a disciplina, controle e poder. A base do fordismo e taylorismo enquanto influências administrativas, passam a dar lugar para o que Campos (2000) denomina de “reengenharia organizacional”, que traz consigo importantes mudanças no mercado de trabalho no final do século XX. O pacote que inclui, dentre outras características, flexibilidade, interdisciplina, criatividade, terceirização, resulta na expectativa de profissionais, cada vez mais polivalentes e mais enfraquecidos de poder enquanto trabalhadores.

Para dar base ao contexto no qual esta pesquisa está imersa, ou seja, a gestão dos serviços na Atenção Primária à Saúde, é importante inicialmente abordar os temas de Sistema e Serviços de Saúde aos quais esta função está relacionada. Falar sobre Sistemas de Saúde remete ao pensamento de estruturas organizacionais e políticas que englobam diversas entidades, recursos, regulamentos e processos que compõem o setor saúde, seja de forma nacional ou regional a partir da descentralização. Os Sistemas de Saúde têm o objetivo de coordenar e organizar o cuidado em saúde e deveriam garantir o acesso equitativo aos serviços e aqui já se direciona o olhar para o Sistema de Saúde brasileiro – o SUS.

Já os serviços de Saúde seriam as ações e intervenções diretas fornecidas aos indivíduos para o cuidado à saúde. Isso inclui instalações e serviços prestados, abrangendo uma gama de cuidados desde a prevenção e promoção de saúde, passando pela assistência e tratamento de condições agudas e crônicas.

Cunha e Campos (2011) destacam que os serviços públicos de saúde no Brasil ainda trazem a fragmentação e a descontinuidade assistencial enquanto características, devido à fragilidade de articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços. Essa fragilidade fica ainda mais visível quando se percebe a descontinuidade do cuidado aos usuários nas Redes de Atenção à Saúde, envolvendo diferentes níveis de atenção, demonstrando a tendência à fragmentação do Sistema de Saúde.

Campos (2011) discute sobre a hegemonia da racionalidade tecnológica, enquanto abordagem na gestão de sistemas de saúde que prioriza aspectos técnicos, tecnológicos e quantitativos em detrimento de outras dimensões da assistência à saúde. Esta forma de gestão dos sistemas de saúde teria uma lógica direcionada a aspectos como a eficiência operacional, tecnologias avançadas e um olhar mais técnico gerencial, subvalorizando ou negligenciando, assim, aspectos essenciais voltados para as necessidades sociais, culturais e a equidade no acesso aos serviços de saúde, podendo resultar em abordagens fragmentadas e desumanizadas.

Pensando nos conceitos dos sistemas de saúde discutidas por Campos, e trazendo para a evolução do SUS na perspectiva da Atenção Primária, percebe-se que nos últimos anos houve um aumento de sua complexidade nas diretrizes da PNAB e da Política Nacional de Humanização (2006), tendo como norte a APS enquanto centro de comunicação e regulação das redes de Atenção e buscando cada vez mais afastá-la dos conceitos de focalização, agregando de forma crescente mais atributos e atribuições. Por mais que haja um discurso do reconhecimento do Brasil em suas diversidades, estas políticas acabam tendo sua operacionalização de forma normalizadora, padronizada e homogênea. (Cecílio; Reis, 2018)

Quando se pensa em modelo de atenção e gestão no Brasil, é preciso enfatizar a diversidade de possibilidades existentes. A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma das principais diretrizes que valorizam as dimensões subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, buscando garantir os direitos dos cidadãos, o trabalho em equipe multiprofissional, a construção de redes cooperativas e de autonomia e protagonismo dos sujeitos individuais e coletivos (BRASIL, 2004). A PNH tem como objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização e gestão. Embora a PNH aponte uma orientação de gestão participativa, percebe-se que as Secretarias de Saúde seguem os modelos de acordo com o direcionamento político da gestão municipal vigente.

As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros); (BRASIL, 2004, p. 31)

Outro ponto que a Política Nacional de Humanização traz é a indissociabilidade entre modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho. Aliás, a criação desta política está intrinsecamente relacionada aos estudos que já vinham sendo realizados pelo professor Gastão Wagner.

Pensar em gestão no SUS também significa refletir sobre processos de descentralização de poder, cogestão e participação. Entende-se que os sujeitos participantes dos processos de gestão estão imbuídos de uma vivência que terá interferência em sua atuação. Desta forma, o método Paidéia, proposto por Campos (2000), corrobora com a ideia de ampliação da capacidade dos sujeitos atuarem efetivamente no mundo que os cercam, especialmente em suas organizações/ instituições.

O método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de

construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social. Essa educação para a vida teria como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de co-gestão, que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua própria saúde. (Campos, 2006, p.20)

Desta forma, o efeito Paideia permeia a gestão compartilhada, no sentido da análise e intervenção, não exigindo espaços específicos e sim o compartilhamento de poder, tanto no trabalho, quanto nas organizações, projetos e movimentos sociais. “A Paidéia é, portanto, uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Não se trata de uma técnica neutra; o método sugerido apoia-se em alguns valores e critérios para balizar a política e a gestão.” (Campos, 2006)

Ainda com base no método Paidéia, Campos (2003) indica o apoio institucional como uma importante vertente para o fortalecimento e legitimação na relação entre os sujeitos para gestão, compreendendo que há interferência por diferentes saberes e níveis de poder. Desta forma, a gestão pode ser transformadora, quando reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, ainda que busque estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais.

Santana (1993), em contraposição ao pensamento anterior, já fazia uma crítica à situação da gestão no âmbito da Saúde no Brasil, afirmando que havia uma crise de inoperância dos serviços de saúde frente à necessidade da população e a necessidade crescente de capacidade administrativa gerencial. Essa última demanda incluiria a reflexão do perfil desejável de gestores e a implementação de estratégias de capacitação para adoção de novas práticas de gestão em saúde para organização dos processos de trabalho.

Almeida et al. (1994) discorrem sobre a evolução da função gerente com base na experiência do município de Ribeirão Preto, mostrando a inclusão das enfermeiras como protagonistas há alguns anos, em uma função de “encarregadoria” ou gerenciamento das unidades de saúde. As autoras destacam que as principais atividades desenvolvidas por estas profissionais estariam voltadas para resolução de problemas imediatos que interferissem no funcionamento da unidade. Aos poucos, foi se percebendo a necessidade de uma autonomia técnico-assistencial de nível local, em que caberia a estas profissionais também a caracterização e identificação do perfil demográfico da população da área de abrangência, possibilitando e direcionando o serviço e atendimento das necessidades dos territórios, ampliando assim o escopo de suas ações.

Quando se assinala as aspas no termo gerenciamento, isto se dá em função de queo gerenciamento local não se refere apenas à questão técnica, caracterizada pela garantia da funcionalidade interna da unidade, mas diz respeito a um momento do processo de trabalho desenvolvido na unidade e que se dá de forma articulada ao modo de produzir

saúde (ao modelo assistencial vigente). Remete-se, portanto, à maneira como são produzidos os serviços de saúde, em um determinado espaço, em um determinado momento histórico, segundo diretrizes mais gerais articuladas à política de saúde. (Almeida et al., 1994, p. 282)

É importante ressaltar que essa experiência de gerência trazida por Almeida (1994) já se configurava como o formato que perdurou por muitos anos para esta função. Os profissionais, em geral enfermeiras, adaptavam sua carga horária para executarem suas funções técnicas - assistenciais junto aos usuários, além de também dispor de carga horária para administração de uma ou mais unidades de saúde. Esta sobreposição de atividades impactava a comunicação entre os níveis de atenção, bem como a implantação de novas diretrizes para os serviços. Com isso, percebeu-se a necessidade da vinculação de um profissional de quarenta horas, com formação de nível superior em saúde e experiência na função. Assim como o desenho do perfil, também foram traçadas atribuições ainda em 1993:

O delineamento das atribuições deste agente encaminha para uma atividade, principalmente, de articulação, ou seja, caberia ao gerente, a articulação interna da unidade de forma a possibilitar a "unidade de trabalho". Ainda, apresenta forte componente da dimensão de controle do trabalho, da produtividade, bem como no que diz respeito aos trabalhadores (cumprimento da jornada de trabalho, resolução de impasses entre a equipe), material em geral (medicamentos, material de consumo, instalações), demanda da clientela (no sentido de possibilitar o fluxo menos tumultuado desta na unidade, e amenizar os conflitos existentes entre esta e os trabalhadores da unidade). Outro aspecto que é contemplado nas atribuições se refere ao trabalho junto às Comissões Locais de Saúde, cabendo ao gerente, juntamente com o nível distrital, sua implantação e implementação. (Almeida et al., 1994, p. 284)

A discussão de perfil e atribuições dos gestores do SUS pode ser encontrada em publicações desde o início da década de 1990. A experiência de gestores na Atenção Primária, nas UBS, não começou em 2017, mas foi oficializada enquanto direcionamento pelo Ministério da Saúde para a APS com a PNAB de 2017. Nesta política se assume uma visão gerencialista, nas prerrogativas das atribuições destes profissionais. Resgata-se que antes de se pensar nas formas que a gestão no SUS tem se evidenciado, o principal documento oficial do MS, que norteia as formas de gestão é a PNH, que, apesar de ter sido deixado de lado no governo Dilma, já trazia a discussão de gestão e cogestão.

Segundo Campos (2005), não há como se ter um projeto de humanização sem que se considere o tema da democratização das relações interpessoais e da democracia em instituições. No SUS, a humanização dependeria, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de cogestão, de sua extensão para cada serviço e para as relações cotidianas.

Faz-se importante a reflexão do modelo de gestão que se planeja para a saúde. Muitas das novas políticas e diretrizes centralizam cada vez mais o papel do gestor. Há mudanças significativas no cenário brasileiro nos últimos anos que conduzem exatamente para um modelo

de gestão tecnocrático, gerencialista, neoempresarial voltado para a gestão de resultados.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão. (BRASIL, 2004, p.8)

Sobre estas mudanças, Cecílio & Reis (2018) traçam um paralelo e comentam sobre iniciativas do Ministério da Saúde para a gestão nos últimos anos que percorreram caminhos mais ligados a educação permanente em serviço, modelos de gestão participativos (especialmente os voltados para cogestão) e o apontamento para o apoiador em suas atribuições terapêuticas pedagógicas.

Apesar das iniciativas citadas acima, pensar na gestão do SUS, com a proposta da PNH (BRASIL, 2004), nas vertentes contra hegemônicas aos modos tradicionais de se fazer gestão, especialmente ao destacar a participação colegiada e compartilhada com trabalhadores e usuários nos processos de discussão e decisão, ainda parece ser algo que está longe de se consolidar, visto que o caráter mais gerencialista vem ganhando cada vez mais força na arena de disputas de poder e construção das políticas públicas da Saúde.

Buscando entender os atravessamentos entre as políticas que propõem a gestão participativa e o atravessamento indicado por diferentes autores, será apresentado a seguir a diferenciação e impacto destas duas vertentes atualmente na gestão do SUS.

3.3 RACIONALIDADE GERENCIAL HEGEMÔNICA X COGESTÃO

A racionalidade gerencial hegemônica, traz conceitos relacionados à base do Taylorismo. Segundo Campos (2000), os sistemas “se alicerçam ao aprisionamento da vontade e expropriação das possibilidades de governar à maioria.” (Campos, 2000, p. 23). A partir deste conceito, haveria uma exigência para renúncia de desejos e interesses dos trabalhadores.

Desta forma, o movimento internacional denominado “gerencialismo” introduziu nos últimos anos a gestão com base em resultados e fixação de metas por trabalhadores e equipes. Campos (2000; 2011) destaca que em geral essa lógica tende a reduzir o sentido e o significado de determinadas práticas profissionais atendendo ao interesse sobretudo do poder dominante.

No Brasil, o termo gerencialismo passou a ser mais utilizado na Reforma Administrativa durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a qual propôs a adoção de novos mecanismos de gestão da administração pública, já no contexto da Terceira via e ampliação da

capacidade gerencial e resolutive do Estado.

Silva Jr. et al. (2016) apresenta a prática do gerencialismo como um desenho verticalizado, em que se terceirizam algumas atividades, abrindo o mercado para negociações em contraponto ao que denomina de Gestão da Produção do cuidado, que estaria ligada ao processo de forma democrática, humanizada, horizontalizada e com publicização da gestão, políticas e ações.

O termo 'gerencialista' tem aparecido cada vez mais nos últimos estudos relacionados à gestão em Saúde Pública. Ele representa uma abordagem pragmática, com base em indicadores de desempenhos e resultados que visam a melhoria dos custos e benefícios. Esta forma de gestão envolve a aplicação de práticas do setor privado, com o discurso de melhoria de eficiência, transparência e qualidade dos serviços. (Silva JR. A., 2016)

Retomando o conceito da 'racionalidade gerencial hegemônica', Campos (2003) discute que as organizações operacionalizam o processo de gestão enquanto continuidade do poder político, delegado pelo Estado. Desta forma, poderia-se formar estes gestores em um formato gerencialista e executor do que lhe é demandado.

Os gestores tentam articulá-los para aumentar o controle sobre os sujeitos. Na realidade, construiu-se o imaginário de que a gestão não interferiria com estas dimensões, ela apenas administraria o já dado à priori: a gerência seria um desdobramento "natural" do poder constituído, delegado ou pela propriedade privada ou pelo Estado; o conhecimento seria levado de fora às organizações, cursos de formação regular ou outras formas de capacitação; e quanto ao afeto caberia aos sujeitos "adaptaram-se" à lógica de cada organização, acomodando-se às relações de poder e protegendo-se da concorrência, dos conflitos, etc. (Campos, 2003, p. 5)

Ainda sobre gerencialismo, Terra e Campos (2019) apontam para a relação da perda da autonomia dos profissionais e o surgimento da alienação no trabalho desenvolvidos no SUS. Afirmam que algumas dinâmicas que estão presentes no sistema potencializam o processo de alienação, como por exemplo a afastamento do planejamento e fragmentação do cuidado, predominância do modelo biomédico. Paralelamente reforçam que a APS apresenta alguns elementos que reduzem o grau de alienação, especialmente o trabalho em equipe, o diálogo e compartilhamento de saberes e envolvimento dos usuários.

Ligado a esta visão supracitada, estão os contratos de gestão com a OSS que trazem uma concepção empresarial, alicerçada por metas, produção, produtividade de procedimentos e fragmentação de trabalho em saúde. Desta forma, já se demonstra o modelo trazido para os gerentes, que irão na ponta operacionalizar os contratos junto a suas equipes. (Melo, 2019)

Assim como a concepção geral de gestão gerencialista, estão os indicadores de desempenho que irão indicar o sucesso e a qualidade do serviço que está sendo prestado à

população. Paralelamente a estes, estão a eficiência na redução de custos, a centralização de decisões e o foco nas metas e resultados. No entanto, o formato da gestão gerencialista aplicada à saúde pública apresenta diversos pontos de crítica, especialmente na subvalorização dos aspectos plurais da realidade da população: quando se pensa em uma direção voltada para metas, reduz-se o olhar para desigualdades sociais, vulnerabilidade e equidade.

Apesar da necessidade permanente do equilíbrio das contas públicas, da eficiência de gastos, e da necessidade de melhoria dos serviços prestados, é fundamental considerar cuidadosamente as implicações que este modelo interfere nos princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular no SUS, visto que nele há grande perigo de um olhar frio sobre a realidade social.

Entende-se que o envolvimento de diferentes atores, além dos gestores, é primordial para se alcançar todos os princípios do SUS. Desta forma, Campos (2000) apresenta o conceito de 'cogestão', em referência à participação conjunta de diferentes atores, incluindo profissionais de saúde, gestores, pacientes e comunidades, na tomada de decisões e na gestão dos sistemas de saúde. A cogestão envolve alguns elementos que fazem contraponto com a visão aplicada pelo gerencialismo, como a participação ampliada, a tomada de decisões compartilhada, a ideia da equidade e justiça e o aprendizado/aprimoramento contínuo.

Contrapondo a ideia mais diretiva do gerencialismo, a cogestão destaca a tarefa coletiva e envolve três funções básicas: a função administrativa, a política (enquanto forma de alterar relações de poder) e a pedagógica e terapêutica. Estas três funções estariam relacionadas à produção de subjetividade da gestão, entendendo este espaço coletivo como um lugar também de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos. (Campos, 2000) Pensar em gestão participativa e em cogestão significa necessariamente abrir questionamentos sobre a racionalidade gerencial hegemônica.

Diante do exposto, há evidências de que a gestão intermediária, aqui demarcada no trabalho dos gerentes das UAPs, é o elo mais complexo da estrutura atual da gestão do Sistema de Saúde.

3.4 GERENTES OU GESTORES

Inicia-se este tópico reforçando a quem exatamente esta pesquisa está se referindo: profissionais de saúde que atuam como gerentes de Unidades de Saúde de Atenção Primária no Rio de Janeiro. Esta marcação se faz necessária, visto a compreensão das diferentes formas do exercício da gestão em saúde. Apesar da clareza de que a gestão está presente no exercício de

todos os profissionais de saúde no SUS, esta pesquisa, fixará o olhar sob a forma de gestão exercida pelos gerentes. Trata-se, portanto, de um nível intermediário institucionalizado de gestão de serviços de saúde.

Partindo do pressuposto de que a função gerente neste município não é plenamente descrita e que não há um conjunto documental que defina em sua totalidade a prática das suas atribuições, identifica-se como necessidade a sistematização do conceito de gerência/ gestão de uma unidade de APS.

Para definir ou ampliar o significado de qualquer palavra, é interessante a consulta inicialmente aos dicionários, pois as palavras são vivas e precisam ser contextualizadas com a evolução histórica, política e social.

De acordo com o dicionário Houaiss, a palavra *gerente* deriva do latim e significa “queou aquele que gere e/ou administra negócios, bens ou serviços”, tendo sua tradução em termos jurídicos como “investido no cargo por meio de mandato convencional, no qual são estabelecidos os poderes a ele atribuídos”, ou ainda, em seu significado etimológico “ter consigo, trazer sobre o corpo, nutrir, proceder como alguém; obter; produzir, executar (uma ação); encarregar-se voluntariamente de, cuidar de um negócio, administrar”. (Houaiss, 2022).

Já a palavra *gestor*, em consulta ao mesmo dicionário, tem seu significado como “que ou aquele que gerencia bens ou negócios de outrem; administrador” ou ainda em sua tradução etimológica, “o que traz ou leva novas, delator; administrador, gestor”. (Houaiss, 2022).

Desta forma, percebe-se que, na origem das palavras, o significado pode ser considerado semelhante; no entanto, na prática da saúde há uma aplicação diferenciada para os dois conceitos. Fernandes et al. (2009) apresenta sua percepção na diferenciação dos dois conceitos:

As funções de gerência e de gestão se confundem no que diz respeito às suas funções. A **gerência** é tida como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, representando as necessidades e os interesses da comunidade. Ela indica as atividades que precisarão ser desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, a programação, o controle e a avaliação das ações em saúde com resultados positivos e satisfação das necessidades da população. Já o **gestor** é o indivíduo que ocupa uma posição estratégica no sistema de decisões e responde pela formulação e implementação das políticas de saúde a nível local, exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e autonomia. Pode-se perceber que o papel da gerência não é apenas descrever dados, servir de elo entre o gestor e a comunidade local e coordenar uma equipe. É preciso realizar a análise das informações, relacionar fatores que precisam ser trabalhados com a população e trabalhar em conjunto com os interesses da comunidade, na busca de soluções para os problemas identificados, em consonância com os interesses do gestor, por meio de negociações e discussão de prioridades, além de possuir habilidades para liderar pessoas e motivar a equipe a fim de alcançar as metas propostas. (Fernandes et al. 2009, p. 1546, grifos próprio)

A ação gerencial para Fernandes e Cordeiro (2018) é determinada e determinante para os processos de organização dos serviços de saúde e efetivação de políticas sociais,

especialmente na saúde. Possui caráter articulador, integrativo, racional, técnico, científico e artístico.

Por **gerência**, a NOB 96/NOB/RH/2005 considera aquele profissional que se dedica a administrar uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.). Diferencia nesse sentido a conceituação do **gestor** de saúde, a quem atribui o papel de autoridade sanitária em cada esfera de governo, sendo responsável pela gestão nas “funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” do Sistema Único de Saúde (exemplifica com Secretários e Ministro da saúde).

Comentando o proposto pela NOB 96, Ximenes Neto e Sampaio (2017) chamam a atenção que mesmo tendo trazido esta diferenciação de papéis, as atribuições não tiveram de seu escopo delimitado em nenhum dos níveis de atenção. Com isso, há um excesso de absorção e execução de tarefas por estes profissionais, já que ao gerente cabe todo o cuidado integral aos usuários promovidos por sua instituição de saúde. Os autores ressaltam que, mesmo tendo sido considerado um avanço este reconhecimento da gerência, ela só serviu como normalizadora, uma vez que, com os avanços das percepções, agora se fala muito mais em gestão participativa, incluindo cada vez mais uma ideia de coletividade e não de centralização de poder.

Almeida et al. (1994) ressaltam que é importante delinear as possibilidades e os limites da função de gerente, entendendo o trabalho deste profissional como atividade meio, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação, mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano do processo de trabalho. Sendo assim, o gerente lida com uma diversidade de situações cotidianas, necessitando de criatividade e compreensão de seu papel político como agente de mudança e construção da cidadania.

A atividade gerencial é sim, extremamente dinâmica, dialética, onde as dimensões técnica, política e comunicativa estão em permanente articulação, exigindo constante reflexão/tomada de decisão por parte do agente executor da mesma. Entendemos que a gerência constitui um instrumento de trabalho, onde além destas dimensões, apresenta o componente da construção de cidadania. (Almeida et al.1994, p. 284)

Ampliando esta reflexão, Fernandes et al. (2009, p. 1546) destaca que “gerenciar é pensar, ouvir, fazer acontecer e obter resultados que após serem definidos, analisados e avaliados, devem ser alcançados através das pessoas envolvidas, em constante interação.” Sendo assim, este profissional que ocupa a função de gerente precisa, além de ter conhecimento técnico e administrativo, ser criativo para resolver questões que surjam a partir da interação humana, em uma dimensão mais relacionada ao campo emocional e intuitivo. O gerente é responsável também, segundo os autores, pela escolha e qualificação da equipe, bem como por

sua motivação, avaliação e recompensa pela melhoria dos resultados.

O Manual do Gerente (Pessoa L., et al., 2011) aponta que o trabalho do gerente nas unidades de saúde é composto por três dimensões: a *política*, indicando finalidade, a *organizacional*, referente à gestão de serviços e a *técnica*, que é relacionado ao trabalho em ato ou gestão do cuidado. Em resumo, os autores afirmam que “o papel da gerência é organizar os meios e os processos para que a organização cumpra os seus fins”.

Como discutido anteriormente, a partir do conceito do método Paidéia (Campos, 2003), a função gerencial na APS envolve para além de uma relação estritamente formal e burocrática, também uma conexão com afeto e objetivos pactuados de forma coletiva, buscando garantir uma gestão compartilhada.

Há de se reconhecer que foram publicadas diversas portarias e procedimentos operacionais que dão base para a atuação dos gerentes, no entanto, pouco se investiu efetivamente no âmbito da aprendizagem criativa destes profissionais relacionadas ao caráter subjetivo desta função. Merhy (2002) já apontava um questionamento dentro da micropolítica do trabalho sobre as etapas normativas do ciclo da política e trazia a reflexão da compreensão do caráter imaterial do trabalho vivo, associando as tecnologias leves, leveduras e duras.

O autor Dussault (1992) ao trabalhar o conceito de organizações de serviços de saúde, traz uma reflexão sobre os diversos interesses envolvidos, e aqui pode-se traçar um paralelo à pressões cotidianas em que os gerentes estão imersos.

Finalmente, por causa da sua importância social e econômica, o setor saúde é uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, que querem serviços de qualidade, mas baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma boa renda, prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. A reflexão sobre a organização e a gestão dos serviços de saúde deve considerar essas particularidades e não pode contentar-se em tratar o setor saúde como qualquer outro. (Dussault, 1992, p. 12)

A discussão sobre a pressão relacionada à gestão está presente em muitos momentos desta pesquisa e para alguns autores é inclusive inerente ao cargo ocupado. Pensando nesta questão, pode-se trazer o que Campos (2000a) diferencia enquanto conceitos de Núcleo e Campo. Relacionando a gestão, o núcleo seria o Sistema de Saúde, fornecendo diretrizes, políticas e regulamentos e o Campo, o ambiente e as influências que os gestores estariam envolvidos. Contudo, compreender a dinâmica entre o núcleo e o campo é essencial para uma gestão eficaz da saúde pública, pois no campo o cuidado em saúde é efetivamente praticado, onde os sujeitos interagem e influenciam a prestação de serviços de saúde. A gestão de sistemas de saúde deve levar em consideração tanto o núcleo, que fornece diretrizes e políticas, quanto

o campo, onde a ação real ocorre.

Entendendo que no núcleo da função de gerente está sua formação profissional, será acrescida ainda neste tópico, alguns investimentos formativos que foram realizados nas últimas décadas para esta categoria.

3.4.1 Formação de gestores - Diversos cursos pelo Brasil

Sabe-se que o desenvolvimento de capacidade e habilidades gerenciais impactariam na melhoria de eficiência, eficácia e efetividade dos serviços, porém a formação de gerentes ou gestores para o SUS e especificamente para APS não parece ser ferramenta ativa permanente no processo de trabalho dos municípios.

A necessidade de formação dos trabalhadores de Saúde e dos gestores é constante e está contida em várias políticas de saúde. A portaria 1996 (BRASIL, 2007), que trata da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de formação e desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional e municipal, destaca as necessidades dos serviços, dos profissionais e gestores na busca da formação para melhor capacidade resolutiva frente às políticas públicas de saúde. Pauta a utilização dos conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm para que a partir da problematização do cotidiano e percebendo sua necessidade de formação e desenvolvimento sejam desenvolvidas metodologias ativas que respondam a necessidade destes profissionais.

Giovanella (2018), traz a reflexão sobre a “insuficiência de gestores, gerentes e trabalhadores preparados e aderidos a um projeto transformador do modelo assistencial vigente”. Muitos autores falam sobre o perfil ampliado e olhar ampliado que os gestores deveriam ter, mas se faz necessária a construção pedagógica na graduação que oportunize estes olhares.

Ao mesmo tempo, questionam a projeção de um trabalhador de saúde idealizado, que poderia ser formado para a implementação da sonhada política, como se não fosse sujeito ao mesmo tempo instituinte e instituído. Perguntam-se sobre como produzir esses atores, profissionais e gestores, e defendem processos de educação permanente, formas de gestão mais participativa e a figura de apoiadores para mudança de práticas. Para além desse profissional idealizado, para ampliar o escopo das práticas, tornar a atenção básica mais resolutiva e inserida na rede, é necessário avançar na qualificação profissional (...) (Giovanella, L. 2018, p. 4)

Corroborando com a citação acima, Cecílio & Reis (2018), resgatam que a formação de trabalhadores para o SUS sempre foi um desafio. Reforçam que há uma idealização pela busca de um “trabalhador moral” que seria uma espécie de “folha em branco, sobre o qual seria

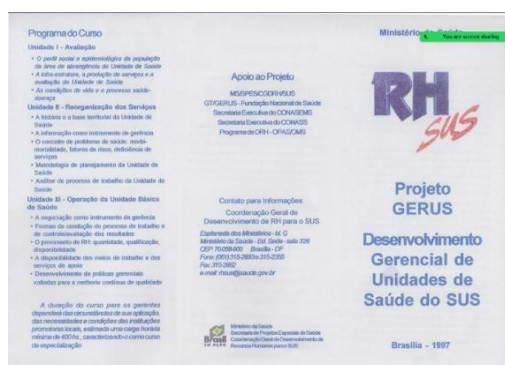
possível imprimir as diretrizes políticas”. Desta maneira, discorrem sobre a ideia das “capacitações e mais capacitações”, que projetam finalmente alcançar o profissional dos sonhos, porém este desafio permanece cada vez mais vivo no SUS.

Alguns processos de formação para gestores tiveram mais sucesso e repercussão e merecem destaque por seu alcance. Nesta dissertação, serão apresentadas nos resultados outras iniciativas de formação no município que ocorreram no decorrer da pesquisa.

Bertussi (2002), traz a reflexão de que sempre houve defasagem entre a oferta e a demanda para formação técnica de gerentes. A disponibilidade de cursos ofertados pelo Ministério da Saúde é pequena se comparada a necessidade de estabelecimentos de saúde credenciados no país.

Podem-se destacar dois grandes cursos de formação em larga escala para gerentes desenvolvidos para alcance nacional: GERUS e Ser Gestor SUS.

Figura 1 – Folder do Projeto GERUS – 1997



Fonte: Acervo pessoal profa. Adriana Coser

Figura 2- Convite digital para inscrição do Curso Ser Gestor SUS – 2021



Fonte: CONASEMS, 2021

O primeiro curso de qualificação promovido pelo Ministério da Saúde, que ganhou destaque para formação em grande escala de gerentes, foi o projeto GERUS – Desenvolvimento Gerencial para Unidades Básicas de Saúde, em 1997, alcançando na época 1.240 gerentes de UBSs em 250 municípios.

O Projeto GERUS se caracteriza como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, centrado na formação/qualificação técnica e administrativa de gerentes de UBSs, com o objetivo de fazer o desenvolvimento institucional e, conseqüentemente, aumentar a capacidade gerencial, na perspectiva da mudança das práticas sanitárias e do modelo de atenção à saúde. A clientela constitui-se de profissionais de nível superior que ocupam a função de gerência de UBS. (Bertussi, 2002, p. 62)

O GERUS foi financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) enquanto curso de especialização para gestores. Com prioridade para formação da Atenção Básica, buscou desenvolver um olhar mais crítico, buscando também o desenvolvimento e valorização

dos profissionais. Utilizou diversas técnicas pedagógicas em sua elaboração e execução, que também envolveu parceria com diferentes instituições de ensino, especialmente universidades locais e, por fim, tituló os participantes pela ENSP/FIOCRUZ.

Já o curso SER GESTOR SUS, fomentado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), trouxe uma perspectiva de formação em Modalidade de Ensino à Distância (EaD) em meio ao contexto da Pandemia de Covid19, em 2021. O público alvo era de 20.000 pessoas, podendo concorrer/participar técnicos e gestores das Secretarias Municipais de Saúde; Técnicos e administradores municipais; Membros do Ministério Público; Membros da Rede de Governança do TCU. Este curso com duração de dez meses se propunha a trazer reflexões sobre as rotinas da gestão em uma secretaria municipal de saúde, aspectos específicos como modelos de gestão, atenção e governança do SUS, dentre outros temas essenciais para fazer uma gestão de excelência, assegurando o desenvolvimento de estratégias e habilidades técnicas.

Entre estes dois grandes espaços de formação para gestão, há registros também de outras iniciativas como o Curso de Especialização de Sistemas e Serviços de Saúde (financiado pelo MS), cursos de gestão em Atenção Primária, *Master in Business Administration* (MBA) em gestão em Saúde e outros processos formadores disparados pelos próprios municípios, porém sempre ocorrendo de forma pontual e alcançando uma pequena parcela de gestores. No final dos anos 90 houve outras iniciativas conduzidas por instituições de ensino como UNICAMP e ENSP, onde o perfil incluía dirigentes de saúde, coordenadores de serviços de APS, mas não como oferta contínua. Atualmente a ENSP oferta cursos para gestores em modalidade EaD. UNICAMP, USP e outras instituições de ensino e formação ofertam cursos de especialização em saúde pública e em gestão, que também atrai o público de gerentes de UBS.

Neste último ano, uma iniciativa de formação de gerentes vem chamando a atenção em alguns municípios: são os cursos ministrados por *Coachs*, ou seja, profissionais fora do âmbito da saúde, com uma visão voltada para performance e produtividade, que atribui ao gerente o sucesso ou não do serviço. Direcionam a formação para os conceitos de liderança e motivação das equipes, afirmando que estas questões dependem necessariamente da desenvoltura deste gerente. Esta nova visão de formação, com tom empresarial, é também um pressuposto deste trabalho quando se questiona se os profissionais se sentem mais na função gestora ou gerencialista nas Unidades de Saúde, visto os atravessamentos do gerencialismo.

3.5 GERENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Apesar de já existir em diversas unidades de saúde do país há alguns anos e no município do Rio de Janeiro desde 2009, com a entrada do modelo de gestão com as Organizações Sociais de Saúde, somente a partir de 2017 a função é institucionalizada através da reformulação da PNAB, portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 e em 2021 é descrito na Carteira de Serviços do município.

Gomes (2019), em sua dissertação de mestrado, identifica que o reconhecimento do gerente enquanto profissional que compõe a ESF é uma das principais mudanças de destaque positivo da atualização da Política, modificando o que antes era atribuído ao enfermeiro de equipe. A autora (Gomes, 2019) corrobora o que foi trazido por Melo et al. (2018) e Almeida et al. (2018), quando realizam a comparação das importantes modificações que a PNAB de 2017 trouxe para o SUS.

Melo et al. (2018) destacam o reconhecimento do gerente na PNAB 2017 como fator da qualificação dos processos de trabalho nas UBS, visto que a portaria inclui as atribuições do profissional, bem como um perfil desejável, incluindo a formação de nível superior, que seja um membro destacado de equipe e tenha experiência prévia na Atenção Básica. O autor considera essa inclusão de informações como algo positivo, no sentido de envolver critérios técnicos e modificar o perfil político-eleitoral, muitas vezes vinculados, até então, a estes profissionais.

Almeida et al. (2018), também ao analisarem as modificações da última PNAB, apontam como algo positivo, porém que apenas consolidou e oficializou a função, visto que os dados do Ministério da Saúde já demonstravam o registro de centenas destes profissionais em atuação no país.

Na portaria nº 1808 de 2018, que dispõe sobre as formas de financiamento das Equipes de Atenção Básica, há destaque para o custeio mensal da função do gerente, tendo diferenciação de repasse para as unidades com apenas uma EqSF (cálculo de 10% do custeio mensal de uma equipe de ESF Modalidade II ou 20% no caso de 2 equipes ou mais). O valor desse repasse em reais seria de R\$713 para unidades com uma EqSF vinculada e R\$1426 a partir de duas equipes. Como o município do Rio de Janeiro já possuía este profissional em seus contratos de gestão com as OSS, não houve modificação deste trabalho na rede de saúde.

Em 2019, além da portaria supracitada, o programa Saúde da Hora, no Ministério Saúde, também traz a vinculação do gerente a uma unidade Básica como pré-requisito para credenciamento, sendo obrigatório incluí-lo na composição das UBS, para repasse do financiamento.

3.5.1 Perfil dos gerentes

Alguns estudos que analisam a função do gerente apresentam elementos que, na visão dos autores, devem compor todos os profissionais que exercem essa função. Fernandes et al. (2009) falam sobre as perspectivas que usuários possuem desta categoria, que precisa ser capaz de gerenciar uma equipe com equilíbrio, superando as limitações do serviço. Além disso, deve estar preparado para prestar assistência com base nos princípios do SUS, lidando constantemente com déficit de equipe, de recursos e com a demanda cada vez maior.

Além disso, o profissional atuante na gerência de serviços de saúde precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, minimizando os conflitos existentes. Competência gerencial, determinação no alcance de metas e objetivos, personalidade e habilidade com pessoas são características determinantes para a resolutividade das ações, motivação da equipe e satisfação do usuário. (Fernandes et al., 2009, p. 1542)

Pensando no perfil desejado para estes gestores, foi verificado o que compunham os referenciais normativos nacionais e elaborado o quadro abaixo.

Quadro 2 - Perfil dos gerentes da Atenção Primária segundo os referenciais normativos nacionais

Referencial	Perfil
PNAB 2017	Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior
Portaria 1808 de junho de 2018 / MS	Possuir nível superior e experiência na área da Atenção Básica; b) não ser integrante das equipes vinculadas à UBS em que exercer a função de Gerente de Atenção Básica; c) exercer, na integralidade, as atribuições de Gerente de Atenção Básica estabelecidas na PNAB; e d) cumprir carga horária semanal de 40 (quarenta) horas atuando na função de Gerente de Atenção Básica

Fonte: Brasil, 2017 e Brasil, 2018

Percebe-se que houve modificação no perfil de um ano para o outro e a indução para qualificação deste profissional para que tenha ao menos nível superior. As duas referências enfatizam o fato deste profissional estar destacado da equipe e não acumular a função, o que pode ser considerado um avanço. Não há características muito delimitadas para estes profissionais, entendendo a diversidade deste país, no entanto este fato abre margem para que pessoas não tecnicamente treinadas, conduzam esses serviços de saúde.

Pensando em um perfil mais técnico, Dussault (1992) faz um apontamento sobre a

importância da gestão mais democrática nas organizações de serviços de saúde, em que cria um ambiente propício ao trabalho multiprofissional. E para se afirmar este tipo de gestão é necessário que haja critérios claros de competência gerencial em detrimento a critérios políticos, muito presentes em diferentes âmbitos de gestão e muito presente no contexto brasileiro. Desta forma, apesar da PNAB 2017 apresentar um perfil desejado para os gerentes, ainda deixa diversas lacunas em aberto, que propiciam as indicações de cunho político e não técnico, para os serviços de Saúde.

Ao escrever sobre o perfil dos “níveis de direção de estabelecimentos”, e aqui se transfere para o perfil do gerente, Dussalt (1992), ressalta que o profissional precisa ter capacidade intelectual e interpessoal e somando a estas, a capacidade de comunicação, adaptação, objetividade e habilidade para o trabalho em equipe.

Esse retrato pode parecer bem idealístico, mas só corresponde às características das organizações públicas de saúde e às suas exigências. A gestão não é uma ciência, embora use o conhecimento das disciplinas que estudam os processos de administração das organizações; não é uma técnica, embora use um conjunto de métodos e instrumentos formais; não é uma arte, que só pode ser praticada pelos indivíduos com vocação inata. Necessita, porém, de intuição, empatia, visão, imaginação. Na verdade, gerir tem dimensões científicas, técnicas, "artísticas", da mesma forma que a medicina, por exemplo, embora em proporções diferentes. Resta discutir se é possível formar dirigentes com esse perfil. (Dussault, 1992, p. 17)

Observa-se que as normativas apresentam perfis bem abertos e distintos que ampliar o escopo de trabalho na gestão. Ao indicar o perfil, algumas descrições já induzem a informação da pluralidade de atribuições que este profissional desempenhará em sua rotina de trabalho. A seguir serão apresentadas as atribuições vinculadas a esta função na normativa nacional.

3.5.2 Atribuições dos Gerentes segundo a normativa nacional

Como dito anteriormente, uma das principais novidades positivas da PNAB 2017 é elencar, além do perfil, as atribuições dos gerentes de forma trazer alguma padronização na função que já era exercida há algum tempo e em quase todo território nacional.

Para complementar a compreensão do perfil indicado para ocupar a função de gerente, o quadro 3 (abaixo) apresenta as atribuições que os gerentes devem desempenhar, segundo a Política Nacional vigente.

Quadro 3 - Atribuições dos gerentes da Atenção Primária segundo a PNAB 2017

Referencial	Atribuições
PNAB 2017	<p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;</p> <p>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;</p> <p>VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;</p> <p>XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e</p> <p>XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.</p>

Fonte: Brasil, 2017

Apesar de trazer as atribuições dos gerentes da Atenção Primária, a PNAB 2017

apresenta pouco da função gestora e foca mais na delimitação de procedimentos para execução. Fica evidente um perfil mais gerencial e menos gestor nesta política. Identifica-se um conjunto de atribuições, e não competências, que estão muito ligados a procedimentos. São funções genéricas e, além de uma extensa lista, ainda é finalizada com a ideia de exercer o que o gestor municipal lhe designar, demonstrando que este gerente é visto mais como executor destas tarefas e menos como cogestor. É evidente que o gerente deve executar sua função, porém isto não deveria acontecer em detrimento de sua participação em gestão.

Apesar de atender a uma das expectativas dos gerentes em listar atribuições para sua função, de forma que a mesma não seja exercida em caráter ilimitado, a lista do quadro acima traz diversas funções bem amplas que não respondem na prática a tudo que vem sendo desempenhado. Entendendo e considerando que se trata de uma política nacional e que também precisa respeitar as especificidades dos municípios, destacam-se alguns elementos como o estímulo à gestão participativa, controle social, o trabalho em rede, a valorização da territorialização como alguns pontos que parecem na prática se apresentarem cada vez mais necessários, na mesma medida que complexos para estes gerentes, como será visto nos resultados desta pesquisa que serão apresentados a seguir.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo será apresentado o contexto que esta pesquisa está inserida, bem como referenciais específicos do município do Rio de Janeiro, sabendo-se que a expansão real da APS se deu temporalmente mais tarde do que no restante do país. Serão detalhados atravessamentos políticos e a entrada das Organizações Sociais, bem como o “nascimento” e manutenção da categoria de gerentes nas Clínicas da Família da cidade. Sequencialmente estarão os resultados obtidos nos questionários e nas entrevistas.

4.1 EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Considerando que a PNAB de 2006 definiu como responsabilidade da esfera municipal, dentre outras, inserir a ESF em sua rede de serviços, a cidade do Rio de Janeiro até dezembro de 2008 era a capital do país com menor cobertura (apenas 3,5%) e em 2013 aumentou em mais de dez vezes suas equipes. O Plano Municipal de Saúde (2010-2013) e o Plano Plurianual (2010- 2013) definiram como meta que até o final de 2012 fossem implantadas 650 equipes de saúde da família, e em 2013 a cobertura da cidade chegou a 40%. Na ocasião o principal argumento para expansão era que para além do cofinanciamento federal, outras cidades do Brasil e do mundo que investiam em APS, apresentavam resultados expressivos na melhoria da qualidade de vida de suas populações. (Soranz, 2016).

Com o processo acelerado de implantação da ESF no município, a política e a gestão de recursos humanos foram um desafio. Neste contexto, e, atendendo ao disposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (BRASIL, 2000), no que diz respeito à restrição orçamentária para contratação de pessoal, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) foram escolhidas como modelos de gestão para o gerenciamento, operacionalização, apoio e execução de atividades e serviços de saúde no município. As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica.

A Resolução nº 431, de 14 de abril de 1993, da SMS-RJ, considerando o que estabelece a Lei Orgânica (1980) e o Plano Diretor Decenal do município (1992), criou as Áreas de Planejamento (AP) Sanitário, buscando viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde. Neste sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas 10 APs, distribuídas nas cinco macrorregiões do município, aglutinados de forma a concentrar, da melhor maneira possível, as semelhanças históricas, demográficas e socioeconômicas

(BRASIL, 2005). Cada AP possui uma Coordenadoria geral de Atenção Primária (CAP) responsável pela gestão territorial das unidades de Atenção Primária e, em 2009, esta coordenação passou a realizar a gestão em conjunto com as OSS.

Antes das Clínicas da Família, a APS no município era realizada em Centros Municipais de Saúde - CMS (também conhecidos popularmente como postos de saúde) e em pequenas unidades de saúde (apelidados de postinhos) que tinham sua composição as EqSF. A mudança de direção para expansão da ESF modifica o perfil das unidades para três modelos: Unidades A – que são as Clínicas da Família, compostas em sua totalidade por profissionais celetistas contratados por OSSe com seus recursos administrados pela mesma; Unidades B ou unidades mistas – UBSs já existentes da cidade (os CMS), que passam a receber equipes de Saúde da Família, com administração das OSS, contando portanto com gestão mista, ou seja, diretamente com recursos municipais e também com recursos e profissionais através das OSS; Unidades C – Unidades sem EqSF e apenas com administração e recursos diretos. (Secretaria Municipal de Saúde, 2011)

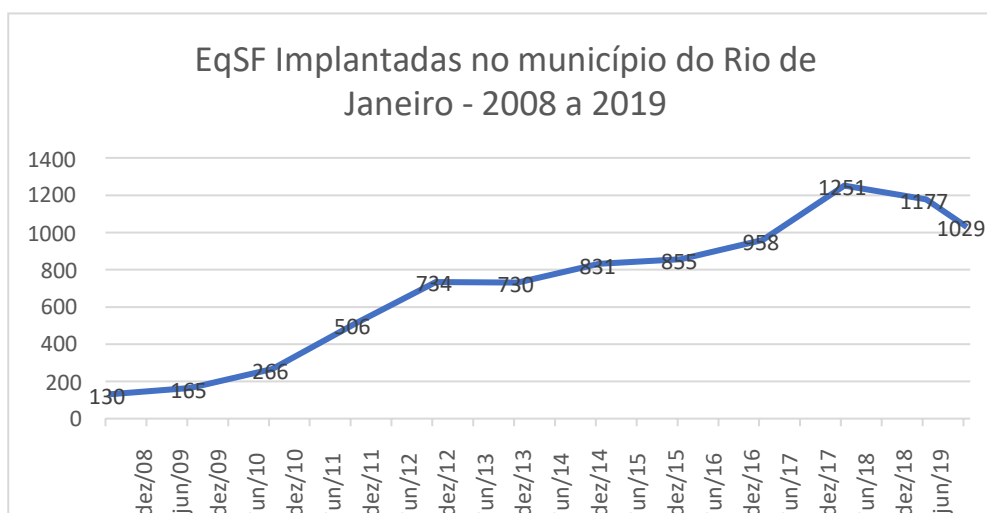
Resgata-se que, antes do modelo das OSS, as unidades que possuíam apenas equipes de Saúde da Família, tinham seus insumos e profissionais contratados por meio de Organizações Não Governamentais (ONGs). Não havia intervenção direta destas organizações no processo de trabalho, ficando restritas a administração e manutenção dos recursos (pessoal e material). Alguns profissionais estatutários recebiam gratificação para atuarem nestas unidades, com carga horária de 40 horas semanais. Eram unidades com uma perspectiva de autogestão, sem a categoria de gerente, tendo sempre um profissional (médico, enfermeiro ou dentista) mais destacado para articulação com a CAP, porém sem exercer efetivamente a função.

Para os CMSs, que possuíam apenas profissionais estatutários, sempre houve a função de direção e a estrutura de chefias, para condução e organização da unidade. Para ocupar estas funções, havia um reconhecimento e convite da coordenação de área ou SMS e estes profissionais, além do salário, passavam a receber gratificação adicional pela função, que posteriormente poderia ser incorporada ao vencimento. Atualmente, a forma de seleção para diretores continua a mesma, porém a maioria das unidades já não possuem diversas chefias, tendo predominantemente a direção (composta por diretora e vice diretora), chefia de enfermagem e administrador. Como todos os CMSs do município têm pelo menos uma EqSF, a manutenção geral passou a ser de responsabilidade das OSS. Antes da entrada destas equipes, as diretoras eram responsáveis pela administração de um fundo rotativo para emergências e, no novo modelo, deixam de receber o fundo, tendo que reportar todas as situações às OSS, assim como é feito pelos gerentes.

Durante a expansão, houve mudança no perfil (apresentada acima) das unidades: As unidades que já nasceram só ESF se mantiveram no perfil A. Algumas unidades mistas (B), se tornaram A e algumas que eram CMS (C), passaram em um primeiro momento a B e depois algumas também se tornaram A. Os servidores relataram este momento de transição como um momento difícil da história, pois as informações que circulavam era de que todos seriam retirados da APS, e muitos se anteciparam a pedir suas transferências para serviços de saúde que não passariam por mudança de perfil (especialmente hospitais). Com isso, algumas unidades que se tornaram B, passaram a ter impacto de déficit de profissionais que atenderiam a área descoberta pela ESF.

Olhando a expansão e acompanhando os dados do relatório de implantação das EqSF, disponíveis no sistema E-gestor, confirma-se que o município partiu de uma cobertura de 7,27% em dezembro de 2008, com 130 EqSF implantadas, para o seu maior registro em dezembro de 2017, com 67,53% de cobertura, com 1251 equipes de Saúde da família implantadas e validadas pelo Ministério da Saúde. Além do aumento expressivo no número de EqSF no município, há também evidências de que a melhoria no acesso à APS impactou positivamente os indicadores de saúde e a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária. (Pinto e Giovanella, 2018)

Gráfico 1 – Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro – Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas entre 2008 e 2019



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados – Atenção Primária à Saúde - E-Gestor, 2022

Uma observação para o gráfico acima é que, apesar do maior número de equipes aparecer em 2017 (gestão do prefeito Marcelo Crivella), essas EqSF haviam sido projetadas e

implantadas ainda em 2016 - porém, o credenciamento foi liberado em 2017, atribuindo, portanto, ao ano de 2016 o último ano da grande expansão das equipes.

Soranz et al. (2016) indicam que a SMS-RJ modificou sua estratégia a partir de 2009 e adotou um modelo de organização por eixos que posteriormente foi denominado por Linhas estratégicas da Reforma da Atenção Primária em Saúde no Rio de Janeiro. As ações demonstravam os objetivos da expansão até 2015, escolhendo diferentes focos (com sentido de ampliação) para cada ano. Estes eixos perpassavam desde a meta de quantidade de inauguração das clínicas, até o processo de investimento em formação profissional, tendo como inspiração o modelo de saúde adotado em Portugal. Nestes eixos, a categoria de gerente não tem destaque, apesar de já estar relacionada à implantação das clínicas nos contratos de gestão.

Dentre os eixos anuais objetivados na expansão da APS no Rio estava também a implantação de Prontuários Eletrônicos que pudessem, além de acompanhar e apoiar a vigilância em Saúde, subsidiar a análise dos indicadores de saúde. Soranz et al. (2017) destaca que os Prontuários Eletrônicos seriam para a SMS-RJ a principal ferramenta para a gestão clínica e o pagamento de recursos por desempenho (*pay-for-performance*) para as unidades e para os profissionais que compunham as EqSF.

Os contratos de gestão com as OSS previam uma série de indicadores a serem alcançados pelos profissionais contratados e que estes resultados fariam parte da análise de desempenho das OSS. Paralelamente a este tipo de avaliação, a secretaria passaria a utilizar os dados obtidos através dos prontuários eletrônicos para redirecionamento das ações de saúde propostas para a cidade. Com isso, analisando o alcance da carteira de serviços do município, três estratégias foram lançadas desde 2012: investimento na estrutura física das unidades de forma homogênea; investimento em educação permanente; e investimento em processos educativos formais, em especial a residência médica e de enfermagem. Paralelamente aos processos de residência desenvolvidos pela própria Secretaria, em parceria com as universidades, também houve o investimento em cursos de especialização em saúde pública e mestrado multiprofissional em Atenção Primária, da ENSP/Fiocruz (Soranz et al. 2017).

Daniel Soranz⁴ et al. (2017) destacam que, para a SMS-RJ, o acompanhamento dos indicadores evidenciou o alcance de melhores resultados visto que era (e ainda é) possível através da utilização dos sistemas de informação, a busca por melhorias na estrutura, processo

⁴ Daniel Soranz é médico, Secretário de Saúde da SMS-RJ, estando a frente desta Secretaria entre os anos de 2014 e 2016 (foi subsecretário de Atenção Primária, Promoção e Vigilância a Saúde desde 2009) e retornando em 2021 até o presente momento. Foi eleito com mais de 92 mil votos para deputado federal em sua primeira candidatura para um cargo político, tendo a maior parte dos votos sido impulsionada pelo trabalho à frente da Secretaria de Saúde, especialmente pelo segmento da Atenção Primária que lhe trouxe grande visibilidade política.

e resultados associando aos atributos da APS. Neste mesmo pensamento, os autores apontam que a descentralização da gestão para níveis mais próximos aos usuários foi considerada “potencialmente exitosa”, sendo possível a ampliação do monitoramento e avaliação dos processos.

Apesar de todos os atravessamentos vivenciados no Rio de Janeiro, no âmbito da gestão é importante reforçar que o secretário municipal de saúde se mantém no cargo de forma mais consolidada do que os municípios vizinhos, sendo mais estável politicamente, evidenciando mais coesão na SMS-RJ. Este fato traz de certa forma uma tônica de estabilidade para gestão e para o modelo por essa secretaria escolhido, com os contratos com as Organizações Sociais.

4.2 A OSS COMO MODELO DE GESTÃO: OS CONTRATOS DE GESTÃO COM AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

O município do Rio de Janeiro, através da lei 5026, aprovada em 19 de maio de 2009 e decretada a partir de 2 de junho de 2009, pelo Decreto-lei 30780, regulamentou a atuação das Organizações Sociais⁵ com regras específicas para o setor saúde, estabelecendo a partir daquele momento uma gestão compartilhada, por meio de contratos de gestão, em que se objetiva uma maior agilidade na administração dos Serviços de Saúde. Este modelo tem como base os contratos de gestão e Carteira de Serviços para Atenção Primária, que tem repercussão direta na prática dos gerentes, no entanto observa-se que as OSS estão a serviço da gestão, já que esta tem como prioridade a Atenção Primária. (Gutiérrez, A.C. et al, 2023)

Com a institucionalização da terceirização dos serviços de saúde, a SMS-RJ amplia o processo de descentralização, com uma perspectiva de desburocratização e maior eficiência. A partir deste novo modelo de gestão, são definidas as diretrizes norteadoras, delimita-se o formato de monitoramento, avaliação e fiscalização das atribuições transferidas contratualmente para as OSS.

O contrato de gestão da APS está pautado em uma base tecnocrata e gerencialista, com metas e acordos de resultados para as áreas, com pouca abertura para negociação de eixos avaliativos, conforme indica os parâmetros para Implementação da Atenção Básica na Política Nacional de Humanização, à medida que não indica a incorporação de metodologias de

⁵ As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o estado e de forma complementar, para a consolidação do SUS conforme previsto na lei orgânica n.º 8.080/1990. A Lei federal 9.637/1998 foi o marco legal para a estruturação das OSS autônomas, definidas como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades são dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”.

planejamento e gestão participativa colegiada, seguindo os eixos previamente determinados pela SMS-RJ.

A atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, na pessoa do secretário Daniel Soranz, é a mesma que implantou o modelo de gestão por contrato de gestão via Organizações Sociais de Saúde. Diferente de outras experiências municipais, este grupo demonstra grande implicação na condução da gestão compartilhada com as OSS. Há uma centralização de direcionamento e cobranças, além de mecanismos de controle, monitoramento e avaliação que visam diminuir disparidades que fragilizem ainda mais este formato de gestão.

O controle da SMS-RJ sobre as OSS acontece a partir do monitoramento das metas pactuadas previamente no contrato de gestão e dos resultados obtidos pela entidade. Estes resultados são controlados pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA), cujos membros são indicados previamente pela secretaria, tendo sua nomeação publicada em Diário Oficial do Município.

Ainda que a SMS-RJ acompanhe de perto estes contratos com as OSS, há diversas fragilidades importantes neste formato de gestão, dentre eles a manutenção política do modelo, de forma a não impactar no cuidado ao usuário. Esta situação ficou evidente na última gestão (governo Crivella), que, indicando uma necessidade de cortes de gastos do município, demitiu e extinguiu equipes de Saúde da Família, sem que houvesse discussões aprofundadas sobre este processo. Nesta perspectiva, Melo et al. (2018) trazem a reflexão sobre este modelo de gestão e sua sustentabilidade.

Outro aspecto diz respeito à sustentabilidade da APS nas experiências municipais do SUS, considerando, por ora, a implementação dos modelos jurídicos de gestão adotados. Reconhecendo os limites impostos pela legislação fiscal, se tivesse havido na SMS um esforço anterior de contratar os profissionais através de concurso público (ao invés de OSS), como se daria a condução político-gerencial da atual contingência financeira? Como isto implicaria na gestão da força de trabalho e na assistência à saúde? Vale lembrar que o custo de um contrato de trabalho em OSS, com os encargos, costuma ser maior do que o de um funcionário estatutário com função e jornada de trabalho semelhantes. (Melo, E.A et al., 2018, p. 4596)

Ainda sobre este período da gestão do prefeito Marcelo Crivella (2017-2020), Fernandes e Ortega (2020), resgatam o documento que foi apresentado para reorganização dos serviços da APS, em que indicavam uma “otimização de recursos”, argumentando que a expansão realizada pela gestão anterior havia acontecido de forma desordenada, sendo necessária a redistribuição de equipes, em adequação a disponibilidade orçamentária do município, além de utilizar as novas tipologias de equipes da PNAB 2017 para estas mudanças. Este estudo e a metodologia aplicada pela SMS neste período, utilizava como base a filosofia Lean, que visa a “eliminar desperdícios”, melhorando os fluxos e envolvimento de pessoas qualificadas. Esta proposta

estava também ligada à produtividade, que, segundo o documento, também serviu como base para os cortes ou mudanças das tipologias das equipes na APS.

A discussão de modelo de gestão, embora deva ser problematizada, não é objetivo deste estudo. Para tanto, será considerado que as Organizações Sociais de Saúde no Rio de Janeiro também fazem parte do contexto de gestão e são responsáveis pelo bom funcionamento dos serviços de saúde. Corroborar-se aqui a ideia de que a qualidade de um serviço de saúde é uma tarefa que cabe a cada um dos atores desse serviço, e de todos ao mesmo tempo. Gerir é operar com o jogo de disputas desses distintos atores mais do que buscar a funcionalidade não cumprida, desenvolvendo intervenções que possibilitem “publicizar” os processos de disputa entre os atores e a instituição e revelar a “contratualidade” que estes instituem entre si. (Merhy e Onocko, 1997)

Dentro deste modelo de gestão relatado está a função de gerente que irá desempenhar nos serviços de saúde o que foi pactuado neste contrato entre SMS-RJ e OSS. Para atender os objetivos traçados por estas duas instituições, há critérios previamente definidos para escolha destes profissionais, que serão apresentados a seguir.

4.3 SELEÇÃO DE GERENTES NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O cargo de gerente está relacionado a gestão e conseqüentemente a poder. Este poder permeia decisões políticas para sua contratação e permanência. No município do Rio de Janeiro, atualmente, há também uma grande interferência da avaliação de desempenho técnico destes profissionais. Não diferente de outras localidades, o município sempre enfrentou uma disputa política local para que este cargo também fosse ocupado por pessoas indicadas politicamente. Buscando blindar estas interferências locais e qualificar os serviços de Saúde, o município em 2016 deliberou uma resolução específica (Resolução SMS-RJ N°2964/ 2016) com critérios de contratação. Para concorrer à vaga, o candidato inicialmente deve possuir quatro dos dez critérios elencados, conforme listados abaixo.

§ 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 Cariocas⁶, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado. (RIO DE JANEIRO, 2016)

Embora esta resolução flexibilize a formação em nível médio ou superior, assim como sugere a PNAB 2017, todos os gerentes do município possuem graduação. Este ponto, no entanto, na gestão do prefeito Marcelo Crivella, oportunizou a entrada de profissionais indicados politicamente para a função, porém houve grande resistência dos próprios profissionais da SMS-RJ (que se mantiveram nas duas gestões) para que esta resolução não deixasse de ser cumprida, demonstrando um compromisso ético com a organização do sistema de saúde do município.

Durante os anos de 2022 e 2023 (período da realização desta pesquisa), todas as OSS do Rio de Janeiro realizaram, de forma constante, chamadas públicas para os processos seletivos para gerentes por não conseguirem contratar (ou permanecerem com banco de reserva) profissionais com os critérios mínimos e características indicada para a função. Algumas OSS mantiveram seus cadastros para os processos seletivos abertos durante todo o ano, buscando montar um cadastro de reservas, que por vezes não foi suficiente, tamanha rotatividade e não fixação desta categoria no município.

Figura 3 – Divulgação de vaga/processo seletivo para gerente no Município do Rio de Janeiro

The figure consists of three posters related to public selection processes for health service managers in Rio de Janeiro.

- Left Poster:** "PROCESSO SELETIVO GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE VAGA DESTINADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA". It lists 4 prerequisites for candidates in the North Zone (ZONA NORTE) and Adjacências. The prerequisites include: 1) 4 years of experience in health teams; 2) 8 years of experience in health teams or primary care; 3) 5 years of experience in management; 4) participation in continuing education or specialization in health management. It also mentions a salary of R\$ 6,082.16 + gratification.
- Middle Poster:** "VAGAS TAMBÉM PARA PCO GERENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE (AP 3.3, 4.0, 5.3)". It lists attributes (managing resources, planning, etc.), requirements (superior degree, specialization, experience), and program details (Unit of Health, Rio de Janeiro/RJ). It includes a QR code and a note that interested parties should apply through the SUS website.
- Right Poster:** "PROCESSO SELETIVO GERENTE ESF CF ASSIS VALENTE - AP 3.1 Vaga temporária". It lists 5 prerequisites: 1) 4 years of experience in health teams; 2) 8 years of experience in health teams or primary care; 3) 5 years of experience in management; 4) participation in continuing education or specialization in health management; 5) participation in the Líderes Cariocas program. It also mentions a salary of R\$ 6,082.16 + gratification.

Fonte: Acervo pessoal da autora, 2023.

⁶ O Programa Líderes Cariocas é um curso para profissionais servidores da Prefeitura do Rio, identificados e indicados por seu perfil de liderança. Objetiva aprimorar conhecimentos, habilidades e atitudes e a longo prazo contribuir para aumentar a ocupação de cargos de gestão da Prefeitura por servidores com vínculo efetivo ou celetistas, capacitados a desempenhar suas funções para além dos requisitos técnicos exigidos em suas categorias funcionais e empregos públicos.

As figuras acima (figura 3), são exemplos de cartazes de três, das quatro OSS que atuam na APS do Rio de Janeiro, que circularam nas mídias sociais (Whatsapp, Instagram, Facebook) divulgando os processos seletivos. Cada OSS faz seu convite institucional a partir da necessidade de contratação. Todas, no entanto, seguem a padronização exigida pela SMS-RJ com os 10 critérios listados acima.

É importante salientar que a escolha destes gerentes, além dos critérios já destacados, também consiste em prova e/ou entrevista envolvendo tanto a OSS contratante quanto a coordenação da CAP da vaga em questão. A escolha é feita, em geral, de comum acordo entre as partes, visto que o gerente estará sob coordenação e supervisão das duas instituições. Neste processo de escolha, são verificadas algumas características de acordo com o perfil da UBS que se pretende lotar o candidato, bem como habilidades que se esperam de todos os profissionais no cargo de gestão em saúde.

O trabalho na gestão exige algumas habilidades como liderança, comunicação, organização, planejamento, agilidade, bom relacionamento, conhecimento, criatividade, e capacidade de motivação. Dessa forma, o gestor local precisa conduzir os demais atores para alcançar os objetivos do serviço de saúde por meio do trabalho em equipe. (Peiter et al. 2017)

O processo de seleção de gerentes para as Clínicas da Família no Município do Rio de Janeiro leva em consideração, além dos critérios previstos na resolução nº. 2964, algumas características que possibilitariam o cumprimento de suas atribuições, conforme demonstrado no quadro abaixo, que aponta também o que está previsto na Carteira de Serviços do município. Reforça-se aqui que este perfil só aparece oficialmente nas publicações da SUBPAV em 2021.

No quadro 4, a seguir, será listado o perfil necessário e esperado para os gerentes da unidade de Atenção Primária do Rio de Janeiro, segundo a SMS-RJ.

Quadro 4 - Perfil dos gerentes da Atenção Primária segundo os referenciais normativos municipais.

Referencial	Perfil
Resolução SMS-RJ nº 2964 de 10 de junho de 2016	<p>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.</p> <p>§ 1º. Ter no mínimo 3 (três) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.</p> <p>§ 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.</p> <p>§ 3º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.</p> <p>§ 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.</p>

	<p>§ 5º. Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde.</p> <p>§ 6º. Ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.</p> <p>§ 7º. Ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família.</p> <p>§ 8º. Ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.</p> <p>§ 9º. Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.</p> <p>§ 10. Ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado.</p>
Carteira de Serviços da Atenção Primária - SMS-RJ; 2021	São profissionais essenciais na gestão das UAP, responsáveis pela manutenção de um ambiente de trabalho adequado em termos de estrutura e qualificação dos processos a partir de diretrizes e normas determinadas pela SUBPAV, pelo monitoramento e avaliação de indicadores de saúde, e pelo planejamento de intervenções, visando à qualidade do cuidado e colaborando na resolução de conflitos e de ocorrências que interfiram no funcionamento das UAP. É o principal responsável por assegurar uma boa cultura organizacional, favorecendo o trabalho colaborativo e em equipe, a satisfação dos profissionais e usuários, e o alcance dos indicadores.

Fonte: Rio de Janeiro, 2016 e 2021.

Além da valorização da experiência em Atenção Primária destes profissionais, percebe-se neste quadro que a SMS-RJ também demonstra uma tendência e incentivo aos processos formativos institucionalizados, especialmente na modalidade de Residência (atualmente é a única gratificação paga aos profissionais da Atenção Primária no segmento de especialização). O incentivo a formação com participação em cursos, seminários e a titulação de mestrado e doutorado também se destaca enquanto critério de escolha.

A formação específica em gestão também compõe a lista dos 10 critérios, porém, se percebe com base nas respostas do questionário e entrevistas que serão apresentadas a seguir, que a mesma, em geral é a que menos pontua nestes processos seletivos, sendo adquirida após a entrada no cargo e durante a prática profissional.

Atualmente a SMS-RJ libera a carga horária de 8 horas semanais para os profissionais aprovados em mestrados ou doutorado relacionados à Atenção Primária, o que tem gerado um aumento de profissionais com estas qualificações nesta secretaria, porém, assim como a formação em gestão, a formação acadêmica não é o elemento de base do perfil dos profissionais atraídos pela vaga de gerente.

Como dito acima, a SMS-RJ espera que os novos gerentes apresentem características, formações e habilidades prévias que atendam as atribuições designadas para a função, conforme apresentado no quadro 5 com base nas duas Carteiras de Serviços já publicadas no município. Observa-se que foram modificadas algumas atribuições indicadas para os gerentes.

Quadro 5 – Atribuições dos gerentes da Atenção Primária segundo a SMS-RJ - 2011 e 2021

Carteira de Serviços da Atenção Primária – 2011 -SMSDC-RJ	Carteira de Serviços da Atenção Primária – 2021 -SMS-RJ
<ul style="list-style-type: none"> - Participar, anualmente, da elaboração do diagnóstico local do território com os profissionais e a comunidade, e elaborar plano de ação para o ano seguinte; - Atuar junto às equipes na identificação de equipamentos sociais existentes dentro e fora do território, bem como ONGs, empresas e outros serviços, potenciais parceiros da unidade; - Garantir a atualização contínua dos sistemas de informação, com elaboração e distribuição para as equipes e colegiado gestor local de relatórios de indicadores de saúde e consolidados de famílias cadastradas, para avaliação do serviço e acompanhamento das metas da unidade; - Participar da análise e avaliação dos dados obtidos, bem como entregar a produção individual de cada funcionário mensalmente (relatório de produção individual); - Promover a discussão dos dados com os profissionais, objetivando o alcance de metas propostas no planejamento; - Ser a ligação entre unidade e CAP e SMSDC; - Promover e facilitar a integração entre todas as equipes; - Conhecer as atribuições e promover avaliação de desempenho individual e das equipes; - Administrar o cumprimento de horário de funcionamento da Unidade e de seus profissionais; - Apresentar o orçamento da unidade ao Colegiado Gestor Local; - Realizar a previsão e a provisão de materiais e insumos, garantindo um estoque mínimo para o desenvolvimento normal das atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participar e orientar o processo de diagnóstico situacional, planejamento, territorialização e mapeamento junto aos profissionais; - Conhecer a rede de Atenção à Saúde e estimular a participação dos profissionais de saúde na organização dos fluxos dos usuários, com base em protocolos e diretrizes clínicas, primando pela coordenação do cuidado dos usuários nos diferentes pontos de atenção da rede, com a garantia de encaminhamentos responsáveis; - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, estimulando a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território; - Direcionar, acompanhar e monitorar as ações realizadas pelas eSF; - Monitorar e avaliar junto aos profissionais os resultados produzidos pelas eSF, visando à melhoria do processo de trabalho, à qualidade, à resolutividade e ao alcance das metas; Carteira de Serviços da Atenção Primária: diretrizes para a abrangência do cuidado - Identificar as necessidades de formação dos profissionais em conjunto com as eSF, e promover a educação permanente; - Desenvolver gestão participativa estimulando a participação das eSF e dos usuários; - Tomar as providências cabíveis quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da UAP; - Elaborar, em conjunto com o RT médico e de enfermagem, documentos de Procedimento Operacional Padrão (POP) para os setores da UAP; - Desenvolver estratégias para a melhoria da qualidade, segurança do paciente e gestão do risco em sua unidade, junto ao RT médico e de enfermagem; - Previsão e provisão de insumos e materiais necessários para o pleno funcionamento da unidade de saúde, zelando pela otimização dos recursos e, conseqüentemente, evitando o desabastecimento.

Fonte: Rio de Janeiro, 2011 e 2021

Tomando como base o quadro 5, somando-se ao que é destacado nas normativas municipais e cruzando com o Manual dos Gerentes, pode-se afirmar que é indispensável que este profissional cuide de sua equipe, atue como um líder, tendo a capacidade de escutar e orquestrar, conheça sobre planejamento, estratégias de intervenção, formas de contrato, gestão do trabalho, gestão do conhecimento e gestão de pessoas, além da organização da rede e questões relacionadas a manutenção e infraestrutura de sua unidade de saúde (Pessôa, 2011).

Sabendo do que está presente nas normativas nacionais e municipais e com base nos referenciais teóricos já estudados, serão apresentados a seguir os resultados e discussões da pesquisa de campo.

4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo desta dissertação foi realizada no período de março a setembro de 2023. A mesma foi iniciada com a aplicação dos questionários no formato virtual e posteriormente houve a realização das entrevistas. Paralelo a este processo, e implicada na temática do trabalho, houve participação e acompanhamento de momentos dedicados especificamente aos gerentes, seja por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, seja na área de trabalho que atuo. A seguir serão apresentados os resultados conjuntamente com a discussão sobre seus achados.

4.4.1 Bastidores da pesquisa no campo: colocando o questionário na rua

Durante o mês de março de 2023 foi enviado para os gerentes das UBS da cidade do Rio de Janeiro, inicialmente através de um grupo de WhatsApp de gestores (que eu mesma criei enquanto era gerente em 2022 e que ainda faço parte) o link do questionário semiaberto para que pudessem responder as questões que traçariam um panorama identificatório, formativo e de prática destes profissionais. Neste grupo não estão todos os gerentes, motivo pelo qual foi solicitado que os que estivessem presentes encaminhassem o link nos grupos específicos de suas áreas, objetivando um maior alcance na divulgação. Alguns gestores deram feedback sobre as mensagens que estavam sendo postadas/ compartilhadas nos grupos de sua CAP, mostrando a confiabilidade neste trabalho e na aposta de uma futura discussão com a secretaria, a partir das expectativas que apresentaram nas respostas desta pesquisa.

Outra forma de divulgação do questionário foi feita através do envio de e-mails para os gerentes, a partir de uma lista de contatos da SUBPAV. Além disso, também foi enviado um e-

mail de apresentação do trabalho e solicitação de divulgação para as dez coordenações de área (enviado para o e-mail disponível no site da SUBPAV). Dentre estes últimos, percebeu-se um grande apoio e incentivo de respostas, especialmente pelos que já foram gerentes ou que fizeram mestrado, ao encaminharem a mensagem para os gerentes de suas respectivas áreas.

Algumas postagens nos grupos de WhatsApp (gestores do município e nos específicos de cada área) e formas de divulgação foram bastante emblemáticas no sentido da confiança nesta pesquisa, tendo estas partido dos próprios gerentes e até dos coordenadores de área. Muitos gerentes, por já estarem acompanhando de alguma forma a elaboração desta pesquisa e já terem discutido em outros momentos (nos pré-bastidores) sobre esta função, se mostraram bem empenhados na divulgação em suas áreas, insistindo nas respostas de seus pares. Vale salientar que, durante a aplicação do questionário, o link para as respostas também foi enviado para profissionais que trabalham em diferentes CAPs para ajudar na divulgação local, bem como para supervisores e coordenadores de OSS com maior proximidade com os gerentes.

Alguns gerentes compartilharam telas de mensagens no WhatsApp enviadas em grupos de suas APs, insistindo na participação para respostas dos colegas. Foi perceptível que, quanto maior proximidade ou circulação da área, maior adesão nas respostas. Meu tempo de atuação como gerente, somado a eu ter dado aula em diversos espaços de formação (especialmente na residência), colaboraram para eu me tornar conhecida no município, trazendo confiabilidade e desejo/apoio nesta participação. Uma das mensagens reportava a ideia que este trabalho poderia trazer visibilidade a fala dos gerentes, suas percepções, sentimentos e expectativas, visto que, ao convocar seus pares para responderem o questionário, atribuíram valor e potência a esta dissertação, ampliando ainda mais credibilidade por ser orientada pela profa. Adriana Coser.

Paralelamente ao período da aplicação dos questionários e aproveitando a articulação dos diferentes apoiadores (gerentes, coordenadores, supervisores), foi realizado simultaneamente o levantamento do número de gerentes ativos nas UBSs. Foi necessário este movimento, pois nem todas as unidades têm gerentes na cidade, visto os dois formatos de serviço: Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. É importante ressaltar que, embora a divulgação tenha sido enviada convidando “gerentes de Clínicas da Família”, muitos gerentes de CMS (44) o responderam, o que foi considerado importante e relevante para o estudo do perfil geral. No entanto, para o aprofundamento da pesquisa, com as entrevistas, será utilizada a estratificação e os critérios já mencionados na metodologia para escolha dos entrevistados. O modelo de contratação e as diretrizes para condução de gestão são as mesmas para os gerentes dos dois tipos de unidade, no entanto, como já abordado anteriormente, por haver uma forma de gestão mista e que incorpora diretores (servidores) nos Centros Municipais de Saúde, optou-

se por somente entrevistar os gerentes de Clínicas da Família.

Observa-se a seguir, na tabela 1, as informações fornecidas no site da SUBPAV quanto às unidades de Atenção Primária no município, o quantitativo de gerentes informados por coordenadores de área ou supervisores de OSS e o quantitativo de gerentes que responderam ao questionário, dividido por Área de Planejamento, já destacando algumas informações importantes para a escolha dos entrevistados que ocorreu posteriormente a esta etapa da pesquisa. Em algumas áreas, existe um ou nenhum gerente no perfil desejado inicialmente no critério de inclusão, especialmente com referência ao maior tempo de fixação na mesma clínica, sendo necessárias algumas adaptações, considerando o aceite em dar continuidade através da entrevista.

Verifica-se que na tabela está o número de Unidades de Atenção Primária por área, incluindo CF e CMS. Diferenciou-se posteriormente, a partir das respostas, o número de gerentes atuando em Clínicas da Família, e destes estratificou-se quais desejavam participar da entrevista. Percebe-se nas respostas que, alguns gerentes que atuam em CMSs responderam que são gerentes de Clínica da Família, ocasionando uma porcentagem maior do que o número de unidades com esta estrutura e nomenclatura registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

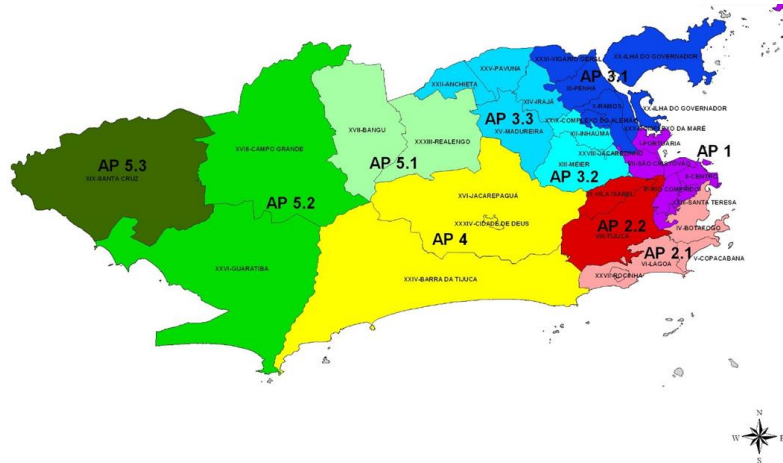
Tabela 1 – Gerentes das UBSs que responderam ao questionário via Google Forms

CAP	Total de Unidades	Total de Clínicas da Família	Total de gerentes	No de gerentes que responderam à pesquisa	Percentual de respostas de gerentes da área	No de gerentes de CF que responderam à pesquisa	Percentual de respostas de gerente de CF da área	No de gerentes de CF com os critérios de inclusão para responder a entrevista			
								Menos de 1 ano na mesma CF	Menos de 1 ano na mesma CF e aceita ser entrevistado	Mais de 5 anos na mesma CF	Mais de 5 anos na mesma CF e aceita ser entrevistado
1.0	18	9	17	5	29%	3	33%	0	0	1	1
2.1	13	4	13	3	23%	1	25%	0	0	0	0
2.2	9	2	9	8	89%	4	200%	2	1	0	0
3.1	32	18	32	11	34%	8	44%	3	2	1	1
3.2	23	14	23	18	78%	12	86%	8	6	1	1
3.3	34	22	34	18	53%	13	59%	6	4	0	0
4.0	21	12	20	14	70%	9	75%	5	3	0	0
5.1	27	16	27	16	59%	8	50%	2	0	2	1
5.2	35	18	28	17	61%	10	55%	3	2	2	0
5.3	25	15	22	11	50%	9	60%	2	0	3	2
Total	237	130	225	121	54%	77	59%	31	18	10	6

Fonte: Elaboração própria, 2023

Para melhor compreensão da divisão por áreas demonstrada na planilha acima, é importante resgatar a informação da divisão do Rio de Janeiro em 10 Áreas de Planejamento em saúde, conforme demonstrado no mapa (figura 4) a seguir:

Figura 4 – Mapa do Município do Rio de Janeiro, dividido por 10 Áreas de Planejamento – AP.



Fonte: Plataforma SUBPAV – Curso Introdutório.

A área 1 compreende o território do Centro da Cidade, local onde também está o prédio da Prefeitura do Rio. É uma área pequena, mas com grande circulação de pessoas, pois concentra empresas e comércio. Tem um amplo acesso férreo, rodoviário e marítimo, o que facilita o deslocamento e também favorece a chegada de pessoas de todo município e das cidades vizinhas.

A área 2 é subdividida em duas: Na AP 2.1 está a zona sul da cidade, onde estão os bairros com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade. Ali estão as praias mais famosas e os principais pontos turísticos e, com isso, é o local de maior concentração de turistas. Na AP 2.2 estão os bairros que formam a grande Tijuca. Embora seja uma área da Zona Norte, tem características de desenvolvimento e acessibilidade das áreas mais nobres da cidade. Cercada por morros e favelas, essa região ainda possui, predominantemente, moradores de classe média.

A área 3 compreende a Zona Norte da cidade, também conhecida como o ‘subúrbio do Rio’ e está dividida em três áreas programáticas: 3.1, 3.2 e 3.3, sendo todas estas muito populosas. Ali, há grande concentração de complexos de favela e bairros que mudaram de características ao longo dos últimos anos. Embora existam bairros com IDH semelhantes aos bairros da zona sul e tenham em sua maioria um bom acesso a transportes públicos, seja por via rodoviária ou ferroviária, economicamente falando seria uma maior concentração de pessoas de classe média e classe baixa de forma geral.

As áreas 4 e 5 (com suas subdivisões em 5.1, 5.2 e 5.3) fazem a cobertura da zona oeste da cidade, sendo as áreas mais distantes do centro da cidade. A AP 4.0 envolve bairros mais nobres da zona oeste, estando além dos sub-bairros de Jacarepaguá e bairros litorâneos como Barra da Tijuca e Recreio, que atualmente são ocupados por muitos condomínios e prédios de classe alta e com grande poder aquisitivo. É uma área da cidade que, apesar de também ter algumas comunidades pauperizadas, sendo estas majoritariamente dominadas por milícias.

É importante reforçar que atualmente o município do Rio de Janeiro é atravessado por diversas questões referentes à violência urbana, que impactam diretamente na vida da população e especialmente destaque o que tange às instituições de saúde, seja na assistência e cuidado da população, seja no próprio funcionamento e fixação de profissionais. Esta questão perpassa intrinsecamente pela vida e práticas de trabalho dos sujeitos desta pesquisa.

4.4.1.1 Questionário: Identificação dos panoramas identificatórios, formativos e de prática

A aplicação do questionário teve como objetivo principal caracterizar os profissionais na função de gerente das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro. Foi estruturado com perguntas, posteriormente divididas em três grandes blocos de análise. O primeiro visava a identificar o perfil sociodemográfico dos gerentes, denominado panorama identificatório; o segundo buscou mapear o panorama de formação; e o terceiro buscou compreender a visão destes profissionais quanto à sua prática de trabalho.

As respostas do questionário dos 121 gerentes participantes da pesquisa serão apresentadas a seguir e também poderão ser visualizadas no apêndice 5 desta pesquisa no formato de gráficos elaborados a partir de cada uma das questões propostas.

As tabelas que serão apresentadas com os dados obtidos nos questionários trazem apenas as respostas que foram marcadas pelos gerentes, ou seja, todas as opções de respostas presentes no apêndice 3 foram disponibilizadas, porém algumas não foram selecionadas e por isso não estão compondo a lista de respostas.

4.4.1.1.1 *Panorama identificatório*

Para iniciar a compreensão de quem foram os participantes desta pesquisa, será demonstrado o perfil destes profissionais. Foram realizadas 8 perguntas para se traçar um perfil sociodemográfico dos gerentes.

A tabela 2 traz os resultados de questões como idade, raça/cor, gênero, orientação sexual, estado civil, se tem filhos, e a relação da decisão pelo momento da maternidade/paternidade com o exercício da profissão.

Analisando o perfil encontrado, percebe-se que há predominância da faixa etária de 31 a 40 anos, tendo maior destaque o recorte de 36 a 40 anos. Já a informação autodeclarada sobre a raça/cor dos gerentes das UBSs do Rio de Janeiro, percebe-se que há uma paridade entre brancos e negros⁷, com um pequeno predomínio de brancos. É válido um olhar transversal para o recorte de classe x cor, a partir da formação (que será especificada no próximo subitem desta pesquisa). As respostas ao questionário trazem, entre as 3 principais graduações para gerente, duas que são consideradas como as formações da base de cuidado: Enfermagem e Serviço Social. A primeira apresenta a mesma proporção encontrada nesta pesquisa quanto a raça/ cor, já a segunda é formada majoritariamente por pessoas negras (CFESS, 2022; Marinho et al. 2022). Desta forma, reforça-se que não é mais aceitável ignorar o recorte racial nas políticas públicas para formação profissional.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil Socioeconômico

		n	%
Faixa etária	26 a 30 anos	8	7
	31 a 35 anos	32	26
	36 a 40 anos	39	32
	41 a 45 anos	21	17
	46 a 50 anos	11	9
	51 a 55 anos	6	5
	56 a 60 anos	3	2
	61 ou mais	1	1
Raça/ cor	Branca	63	52
	Indígena	1	1
	Parda	42	35
	Preta	15	12
Identidade de Gênero	Mulher Cis	89	73
	Mulher Trans	1	1
	Homem Cis	25	21
	Mulher Hetero*	1	1
	Mulher*	4	3
	Feminino*	1	1
Orientação Sexual	Bissexual	5	4
	Heterossexual	104	86
	Homossexual	11	9
	Pansexual	1	1
Estado Civil	Casado/ união estável	73	60
	Separado / divorciado	13	11
	Solteiro	25	29

⁷ A população negra é considerada como o conjunto das pessoas que se declaram como pretas e pardas.

Filhos	Sim	68	56
	Não	53	44
Filhos antes ou depois da gerência	Antes	50	74
	Antes e depois	5	7
	Depois	13	19

*Informação acrescentada como respostas, na opção ‘outros’.

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

Quanto a identidade de gênero, apesar de retratar o que já se percebe empiricamente, com a predominância de gerentes se identificando como sendo Mulheres Cis⁸, tendo no total 79% (somando em respostas contrapostas a resposta de Homem Cis que recebeu 21% das respostas), muitas gerentes mulheres abriram um nova caixa de resposta, acrescentando outras denominações como Feminino, Mulher e Mulher hétero, que não foram unificadas propositalmente por entender uma fragilidade na compreensão dos gestores sobre identidade de gênero. A discussão sobre identidade de gênero deveria fazer parte das atividades de educação permanente/continuada das unidades de saúde e se percebe que algumas gerentes desconhecem a nomenclatura e também desconhecem o tema, pois as respostas fechadas eram ‘Mulheres Cis, Mulheres Trans, Travesti, Homem Cis, Homem Trans e Não Binárie’, ao que acrescentaram outras respostas no campo ‘outro’, sem reflexão para este conceito. Cruzando os dados desta pergunta com a questão da idade das gerentes que abriram o campo ‘outro’, percebeu-se uma predominância de mulheres com mais de 40 anos, refletindo um conflito geracional.

Sobre a orientação sexual, os gerentes se identificaram predominantemente como heterossexuais. Quanto ao estado civil/ parceria afetiva destes gerentes, 60% informam que estão casados ou em união estável.

Buscou-se traçar uma relação entre a maternidade/ paternidade e o exercício da função de gerentes. A maioria informou já terem filhos, e destes 74% tiveram filhos antes de estarem na função de gerente. Quando questionados se o momento da escolha teve a ver com o exercício da gerência, 83% informam que não, mesmo percebendo que apenas 1/3 optou pela maternidade ou paternidade já exercendo a função.

É interessante pensar que 79% das respondentes são mulheres e destas, a grande maioria em idade fértil. Estas mesmas mulheres respondem sobre um ‘não impacto’ deste momento da gerência no período escolhido para gestação, ao mesmo tempo que apresentam o fato de não terem filhos depois de estarem na função. Sabe-se da pressão social para a maternidade/

⁸ ‘Cisgênero’ (ou CIS) é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico (masculino ou feminino) com o qual nasceu. ‘Transgênero’ (ou TRANS) é o que se identifica com um gênero diferente daquele que lhe foi determinado no nascimento. ‘Não Binárie’ refere-se às pessoas que não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente.

paternidade e se percebe que mesmo inconscientemente há uma escolha para este “momento ideal” e esse período não é compatível com o da gestão ou com o que nas entrevistas irão relacionar ao percurso de crescimento profissional.

Com base nas respostas dos gerentes apresentadas acima, pode-se afirmar que o perfil identificatório do gerente das UBSs do Rio de Janeiro é predominantemente composto por mulheres cis, com idade entre 30 e 40 anos, havendo uma leve tendência para a faixa-etária de 36 a 40. A maioria se autodeclara da cor branca, heterossexual, casada ou em união estável, com filhos que nasceram antes do exercício da função de gerente.

4.4.1.1.2 Panorama formativo

A compreensão do perfil formativo destes gerentes foi dividida em algumas questões para análise, partindo da formação em graduação destes profissionais. Este panorama formativo está organizado na tabela 3, bem como nos gráficos no apêndice 5.

Verificando a graduação dos gerentes que responderam os questionários e resgatando o que foi levantado na revisão bibliográfica, o cargo de gerente no município do Rio de Janeiro é predominantemente ocupado por profissionais com graduação em enfermagem. Dentistas e assistentes sociais são as formações que aparecem na sequência, porém do total de respondentes, apenas um terço não são enfermeiros (39).

Com base nesta formação, Cecílio e Reis (2018), fazem uma reflexão sobre os perfis formativo dos trabalhadores do SUS, e trazem uma crítica quando dizem que “coordenadores municipais e os gerentes locais que quase nunca conseguem realizar a tarefa de fazer a mediação (a “tradução”) da grande política para os cotidianos das equipes”, indicando que há fragilidade na base de formação no perfil dos gestores.

Tabela 3 – Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil formativo

		n	%
Graduação	Administração	1	1
	Administração e Enfermagem	1	1
	Biologia	1	1
	Educação Física	2	2
	Enfermagem	82	68
	Farmácia	3	2
	Fisioterapia	2	2
	Fonoaudiologia	1	1
	Nutrição	5	4
	Odontologia	13	11
	Psicologia	2	2

	Recursos Humanos	1	1
	Serviço Social	6	5
	Terapia ocupacional	1	1
Pós Graduação	Sim	120	99
	Não	1	1
Modalidade formativa	Especialização	152	**
	Residência	29	
	MBA	8	
	Mestrado	30	
	Doutorado	1	
	Outros	8	
Formação em Gestão	Sim	61	50
	Não	60	50

** Os gerentes poderiam escolher mais de uma opção

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

Diferentemente do que acontecia com as unidades tradicionais do município, com médicos estatutários ocupando cargos de direção, a entrada do modelo das Organizações Sociais na APS do Rio de Janeiro traz predominantemente enfermeiros como gerentes das unidades. Sabe-se que a graduação de enfermagem aborda um perfil mais administrativo, organizativo e hierarquizado de trabalho, treinando os profissionais também para o exercício da função de supervisão. Este tipo de formação não aparece de forma tão robusta em outras graduações do campo da saúde. Esta questão, por sua vez, distancia-se também, cada vez mais, da formação médica nesta função de gestão de UBS, visto que, financeiramente, um gerente recebe uma média salarial, duas ou até três vezes menor do que o exercício da medicina em uma equipe de Saúde da Família.

Percebe-se que a incorporação de outras categorias nesta função no município do Rio de Janeiro vem mudando ao longo dos últimos anos, e que provavelmente teve impacto com a desvalorização financeira destes gerentes, uma vez que os enfermeiros Responsáveis Técnicos passaram a receber um adicional (20% sobre o salário base) por acumularem esta atribuição, sem deixarem de exercer a enfermagem. (Rio de Janeiro, 2022). Estes valores, em reais, estarão no quadro 7 apresentado após os resultados das entrevistas.

Esse ponto das condições salariais é algo intrinsecamente ligado à atração e permanência dos profissionais neste cargo (percepção reforçada nas entrevistas). Enquanto há uma gradativa saída de enfermeiros desta função, há um aumento de outras categorias, em especial as que compõem as equipes Multiprofissionais - E-multi, antigo NASF (Brasil, 2023), visto que, para estes, não há outras gratificações, que não sejam as de residência, mestrado ou doutorado, culminando com a ideia da gerência enquanto progressão de salário. Outro ponto interessante é a entrada de outras formações que não estão no campo da saúde, como

Administração e Recursos Humanos. Sendo assim, o campo da gerência pode ser visto também enquanto mercado de trabalho amplo (apesar das atribuições atuais da prefeitura que direciona os critérios). Reforçando a questão dos critérios que o município criou para pontuação e contratação dos gerentes, apenas um profissional informou não possuir pós graduação.

Após a confirmação de quase a totalidade dos gerentes possuem pós graduação, buscou-se entender que área haviam cursado. Nesta questão solicitou-se que não incluíssem a formação específica em gestão (pergunta esta que viria logo a seguir). Setenta e cinco gerentes informaram possuir especialização em Saúde da Família, seguidos por especialização em saúde pública, e outra especialização sem ser as listadas diretamente relacionadas à ESF. A residência em Saúde da Família aparece em quarto lugar, também enquanto destaque neste processo de formação. Dos 121 gerentes que responderam à pesquisa, 13 informaram já terem concluído o mestrado em Atenção Primária e 5 em Saúde Pública e, somados a outras temáticas, totalizam 30 gerentes com essa formação, chamando a atenção para o fato de que um quarto destes profissionais são mestres.

Sobre a questão da formação do gerente, além de ser um dos critérios importantes para contratação e prática, é uma das poucas formas de receber alguma gratificação/aditivo na função. Somente após o segundo semestre de 2023, com último e mais recente aditivo do contrato de gestão com as OSS, os gerentes passaram a ter a possibilidade de receber incentivos financeiros, pelo alcance da variável 3, junto com os profissionais de suas equipes (os critérios serão demonstrados no subitem 5.7 desta pesquisa após a demonstração do salário).

Resgatando o que está proposto no ofício 2022/20999 da SMS-RJ (Rio de Janeiro, 2022), apenas o profissional médico vinculado à EqSF recebe gratificação por título de especialização. Este último profissional, por sua vez, além dos adicionais de formação já citados, pode ser gratificado também por responsabilidade técnica, preceptoria, captação médica, fixação, longitudinalidade e por fim regulação médica. Sendo todas essas gratificações possíveis de acumulação somente para esta categoria profissional, isto parece impactar o fato de a gerência não ser ocupada por nenhum profissional desta categoria no município do Rio de Janeiro.

Após a visualização da formação de graduação e pós graduação dos gerentes e a percepção de que são profissionais que investem em sua formação, seja por gratificação, seja por melhoria da sua prática profissional, aprofundou-se na temática específica da gestão, deixando de forma livre que os profissionais escrevessem sobre suas formações específicas na sua atual função. Observa-se inicialmente que metade dos profissionais informa terem cursado algo no que tange a gestão.

Quando se visualiza as respostas específicas sobre a formação em gestão, percebe-se que há grande diversidade quanto aos seus formatos e modalidades. Alguns profissionais destacam desde cursos internos com carga horária de 40h realizado pela própria SMS-RJ, passando por especializações, mestrado e uma segunda faculdade (administração). Como se tratava de um campo livre no questionário, foi possível também escrever mais de uma formação. Alguns gerentes com mais tempo no cargo apresentaram mais de cinco tipos de formações no campo da gestão, demonstrando uma necessidade de aprimoramento da função. Os cursos de Gestão em Saúde da Família e Gestão em Saúde Pública foram as opções mais recorrentes nas respostas, que se apresentaram bastante diluídas e diversificadas.

Pensando no perfil e panorama formativo dos gerentes das UBSs do Município do Rio de Janeiro, pode-se afirmar que são profissionais que investem em sua formação e são majoritariamente enfermeiras. Ter cursado pós graduação aparece como uma premissa inerente ao cargo, visto que quase sua totalidade informa algum nível complementar de formação, sendo a maioria especialistas em Saúde da Família. Além disso, metade dos gerentes possuem algum curso específico na área de gestão, variando em suas modalidades desde os ofertados pela própria secretaria, até mestrado, passando por diversas titulações de especialização.

5.4.1.1.3 Panorama prático de atuação

Após compreender o perfil identificatório e formativo dos gerentes das UBSs do Rio de Janeiro, buscou-se visualizar o panorama de atuação destes profissionais e as respostas foram relacionadas na tabela 4. Sobre o tempo de atuação destes profissionais na APS percebe-se que mais da metade, atuam nas UBSs há mais de 11 anos, o que indica a princípio, a boa fixação profissional neste nível de atenção. Percebe-se nas respostas, que apenas 2% informam estar entre 1 e 3 anos e nenhuma há menos de um ano, o que parece indicar que os serviços de saúde da APS do Rio de Janeiro são geridos por profissionais que vivenciaram a prática do trabalho antes de ocuparem cargos de gestão. Além disso, comparando com a idade e tempo de formação já verificados nos panoramas anteriores, conclui-se que os gerentes, tem sua experiência profissional dedicada majoritariamente à Atenção Primária.

Tabela 4 – Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático referente ao tempo de atuação

		N	%
Tempo de atuação na APS	entre 1 e 3 anos	2	2
	entre 3 e 5 anos	8	6
	entre 5 e 7 anos	17	14
	entre 7 e 9 anos	13	11
	entre 9 e 11 anos	19	16
	mais de 11 anos	62	51
Tempo de atuação na função	Menos de 1 ano	26	21
	entre 1 e 3 anos	33	27
	entre 3 e 5 anos	17	14
	entre 5 e 7 anos	8	7
	entre 7 e 9 anos	7	6
	entre 9 e 11 anos	12	10
	mais de 11 anos	18	15
Tempo de atuação na função na atual UBS	Menos de 1 ano	52	43
	entre 1 e 3 anos	49	41
	entre 3 e 5 anos	7	6
	entre 5 e 7 anos	3	3
	entre 7 e 9 anos	4	3
	entre 9 e 11 anos	3	2
	mais de 11 anos	3	2

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

O tempo destes profissionais no cargo de gestão traz uma realidade para reflexão sobre a fixação de profissionais no cargo de gerente de UBSs no Rio de Janeiro. Quase metade dos gerentes em atuação, tem menos de 3 anos nesta função. Ao relacionar o tempo de entrada dos contratos de gestão das OSS (2009) com o tempo de permanência dos profissionais, evidencia-se a rotatividade no cargo. Outras questões foram apresentadas, para que fosse possível verificar se há um tempo médio de atuação destes profissionais. Dos 121 gerentes, apenas 18 atuam há mais de 11 anos como gerente, destes, 15 estão nas APs da zona oeste.

Se o fato de quase metade dos gerentes estarem a menos de 3 anos nas UBSs chama a atenção e reflexão, verificar a fixação deste profissional na mesma unidade é ainda mais desafiador: 43% estão há menos de 1 ano na mesma UBS e 41% há menos de três anos, indicando uma alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde. Apenas 2% informou estar na mesma UBS há mais de 11 anos, o que pode trazer diversas questões sobre longitudinalidade, desenvolvimento e participação das equipes, trabalho em rede, dentre outros elementos importantes para o exercício da cogestão. Durante o tempo da pesquisa, dos 3 gerentes que informaram estar há mais de 11 anos na mesma unidade: um pediu demissão entre a resposta ao questionário e a realização das entrevistas, um mudou de unidade e apenas um continuava na mesma Clínica da Família, tendo sido esta última selecionada para a entrevista. O que se percebe é uma troca significativa de gestores, que será um dos temas discutidos nos

resultados das entrevistas com parte destes profissionais.

A rotatividade dos gerentes poderia estar relacionada a seus desejos individuais, porém, ao se verificar e relacionar a quantas clínicas os mesmos já atuaram nesta função, tem-se a resposta majoritária (41%) de apenas uma unidade, sendo seguida pela opção de duas unidades, o que demonstra que a rotatividade entre as unidades não tem sido um caminho escolhido nem pelos profissionais, nem pelas coordenadorias de áreas, que por vezes, no passado, foram orientadas a conduzir estes “rodízios territoriais”.

A tabela 5, traz a leitura específica ligada a rotatividade dos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático de atuação sobre a rotatividade de gerentes nas CFs

		n	%
No. de clínicas que gerenciou	1	50	41
	2	29	24
	3	18	15
	4	14	12
	5 ou mais	10	8
Tempo de inauguração da clínica atual	entre 1 e 3 anos	5	4
	entre 3 e 5 anos	2	2
	entre 5 e 7 anos	19	16
	entre 7 e 9 anos	5	4
	entre 9 e 11 anos	21	17
	mais de 11 anos	67	55
	Não sei	2	2
No. de gerentes que passaram pela clínica	1	6	5
	2	6	5
	3	18	15
	4	19	16
	5 ou mais	54	44
	Não sei	12	10
	Nenhum	6	5

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

As respostas na tabela 5, também evidenciam que o tempo de atuação dos gerentes não está relacionado ao tempo de inauguração de sua unidade, visto que mais de 75% das UBSs do Rio de Janeiro foram inauguradas há mais de 7 anos. Desta forma, pode-se afirmar que a data da inauguração da unidade não tem vinculação com o tempo de permanência e vinculação destes profissionais em um mesmo território.

Dando continuidade à análise sobre rotatividade, destaca-se a quantidade de gerentes que já passaram pelas Unidades Básicas de Saúde. Segundo as respostas obtidas, 44% das UBSs já foram gerenciadas por mais de 5 gerentes. Se cruzarmos essa resposta com o tempo de

inauguração das unidades, o tempo médio de permanência é de dois anos para cada gerente. Apenas 5% dos respondentes indicam serem os únicos gerentes de suas unidades desde a inauguração. Uma resposta nesta questão chamou a atenção, que 10% dos respondentes informaram não saber quantos gerentes ocuparam esta função em suas unidades antes deles. Fica a reflexão de duas possibilidades: grande quantitativo de profissionais o antecederam, não sendo possível afirmar o número exato, ou isso nunca foi questão de reflexão no diagnóstico que este profissional realizou de sua unidade.

A rotatividade de gerentes na UBSs precisa ser repensada e problematizada. Atualmente é previsto apenas um profissional neste cargo por unidade, e a quantidade de atribuições que o mesmo deve exercer, parece por muitas vezes ilimitada, sendo sempre de sua responsabilidade eventuais problemas que esta possa apresentar. A falta de tempo para “dar conta de tudo” que lhe é pedido e cobrado, atravessado pelas questões locais que aparecem no dia a dia também foi um dos fatores que dificultou as respostas por um número ainda maior de gerentes nesta pesquisa. Muitos informaram abrir mais de uma vez o questionário, mas não conseguir finalizá-lo por surgir outra demanda no campo das “prioridades” que precisaria ser respondida de imediato.

Pensando na quantidade de gerentes que responderam à pesquisa por área, verificou-se uma adesão ainda mais significativa em APs que os atuais coordenadores também foram gerentes e entendendo a importância da pesquisa, fizeram questão de reforçar o convite em suas áreas, como já demonstrado anteriormente aqui nos resultados. As duas áreas que menos responderam são áreas menores da cidade, no entanto, a 2.2 que é uma das áreas com menor quantitativo de gerentes, apresentou quase 100% de respostas, comparado ao número de profissionais em atuação. A distribuição por área, OSS contratante e tipo de serviço, estão a seguir, na tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição absoluta e proporcional dos gerentes das UBS do Rio de Janeiro, segundo perfil prático de local de atuação

		n	%
Distribuição por A.P	1.0	5	4
	2.1	3	2
	2.2	8	7
	3.1	11	9
	3.2	18	15
	3.3	18	15
	4.0	14	12
	5.1	16	13
	5.2	17	14
	5.3	11	9
OSS contratante	SPDM	48	40

	Viva Rio	37	30
	IDEIAS	18	15
	Gnosis	18	15
Tipo de UBS	Clínica da Família	77	64
	CMS	44	36

Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

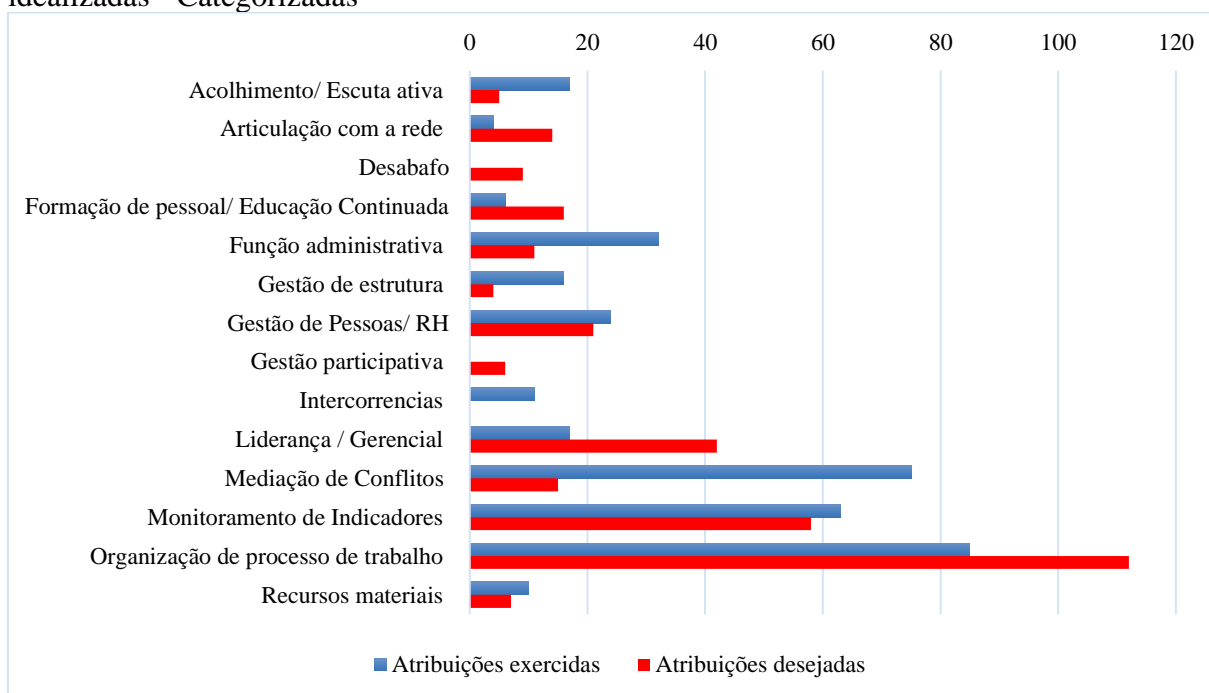
Após a pergunta sobre a área de atuação, o questionário trazia a questão sobre a OSS contratante, no entanto as respostas não trouxeram nenhuma informação relevante, além da divisão das áreas correspondentes. Não houve demonstração de restrição de respostas a pesquisa por profissionais relacionada as OSS, como já se vivenciou e observou empiricamente no passado deste município.

Uma questão bem simples precisou ser acrescentada no questionário para entender se o gerente atuava em Clínica da Família (foco deste trabalho) ou Centro Municipal de Saúde. Embora o segundo modelo não fosse o objetivo para caracterização, percebeu-se que os gerentes destas unidades também desejavam responder, por exercerem o mesmo cargo. Com isso, como já dito anteriormente o perfil traçado abrange gerentes das CFs e CMSs enquanto trabalhadores contratados pelas OSS para exercerem a mesma função. As entrevistas, no entanto, foram realizadas apenas para os que atuam em Clínica da Família entendendo que em alguns CMS, há também a presença de diretores, que por muitas vezes dividem a responsabilidade da gestão da unidade. Entende-se como importante também a comparação destes modelos, no entanto, ficará em aberto para desenvolvimento de futuras pesquisas.

Para participação nos processos seletivos para gerente, é necessário atender ao menos quatro, dos dez critérios estabelecidos pela SMS-RJ como explicitado anteriormente. Através das respostas dos gerentes, foi possível verificar que estas vagas estão ocupadas por profissionais de nível superior, com especialização em Saúde da Família e experiência na área, corroborando com as questões já respondidas acima na caracterização destes profissionais. A participação em atividades acadêmicas no último ano também tem destaque nas respostas dos profissionais.

O gráfico 25, a seguir, compila duas questões sobre atribuições dos gerentes, a partir de sua visão. Em azul estão as três atribuições que mais desempenham e em vermelho, o que eles desejariam desempenhar se pudessem pensar em um ‘mundo ideal’. O resultado deste gráfico ficou interessantíssimo.

Gráfico 25: As 3 principais atribuições exercidas pelos gerentes das UBSs X as 3 atribuições idealizadas - Categorizadas



Fonte: Elaboração própria, com dados coletados dos questionários, 2023.

Quando questionados, em pergunta aberta, quais seriam as três atribuições que mais desenvolvem, enquanto gerentes em suas Clínicas, percebeu-se um predomínio das atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, no entanto esta aparece seguida, com pouca diferença da mediação de conflitos, sendo a primeira com 85 e a segunda com 75 respostas, tendo monitoramento dos indicadores sido apontada enquanto terceira atividade mais realizada, com 63 respostas. Ao relacionar estas informações com a descrição que a SMS-RJ coloca em sua Carteira de Serviços (2021), os gerentes estariam atendendo exatamente o que se espera deles, visto que sua descrição são (grifos da autora):

responsáveis pela manutenção de um ambiente de trabalho adequado em termos de estrutura e **qualificação dos processos** a partir de diretrizes e normas determinadas pela SUBPAV, pelo **monitoramento e avaliação de indicadores** de saúde, e pelo planejamento de intervenções, visando à qualidade do cuidado e colaborando na **resolução de conflitos** e de ocorrências que interfiram no funcionamento das UAP. (Rio de Janeiro, 2021)

Comparada as respostas das atividades exercidas *versus* as atividades que gostariam de exercer enquanto gerentes em um mundo ideal, a mediação de conflitos aparece na sétima posição (15 respondentes), trazendo uma ideia de que se o gerente dedicasse mais tempo ao processo de trabalho de suas equipes, os conflitos internos e externos tenderiam a diminuir. Aliás, a palavra ‘tempo’, aparece oito vezes para desempenhar uma melhor gestão.

Interessante também foi a quantidade de respostas em cada uma das perguntas. As duas questões abertas, solicitavam a descrição de três atribuições. Nas que já são exercidas, foram

categorizadas 360 respostas, sendo que alguns gerentes escreveram mais de 3 (foram consideradas as primeiras listadas). Ao olhar a quantidade de respostas do ‘mundo ideal’, o total foram 320, sendo destas, 9 consideradas como desabafo do gerente (o questionário não trazia campo para livres considerações, tendo estes gerentes, utilizado este meio para demonstrar alguma insatisfação). A interrupção do trabalho programado, falta de autonomia, sobrecarga de trabalho, falta de tempo para trabalhar com a equipe todos os processos técnicos e falta de valorização dos gestores aparecem nas respostas enquanto situações atuais que precisam ser melhoradas para que consigam desempenhar uma ‘gestão ideal’.

Dando continuidade e para finalizar o questionário, após refletirem sobre as atividades que exercem e quais gostariam de exercer, foi questionado se os gerentes já haviam lido o que consta na PNAB 2017 como atribuições da categoria. A grande maioria dos gerentes disse já terem lido as atribuições e chama a atenção 12% responderem que não fizeram a leitura.

Em complementação a pergunta anterior, foram elencadas toda as atribuições descritas na PNAB para que os gerentes classificassem de 1 a 5 quais as que tinham maior impacto no seu cotidiano de trabalho. As respostas a esta questão não foram tão expressivas quanto na questão de escrita livre anterior, porém algumas chamam mais atenção, corroborando o que já foi apresentado no que se refere ao trabalho executado (o gráfico 27, detalhado com a graduação de cada resposta, está no apêndice 5).

Evidenciou-se que a atribuição XIV (Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade) foi a que recebeu maior classificação 5 (muito presente), corroborando com as atribuições descritas nas questões abertas e que tomam mais tempo do gerente, ou seja, a mediação de conflitos e resolução de problemas. Essa atribuição que obteve 67% das respostas enquanto maior desempenho diário, vem seguida da atribuição III sobre o acompanhamento, orientação e monitoramento dos processos de trabalho, porém finalizada com a ideia que estas funções estariam atreladas a mediação de conflitos e a resolução de problemas.

Visto isso e vivenciando o processo de trabalho dos gerentes, é possível afirmar que atualmente a mediação de conflitos e resolução de problemas vem ocupando mais tempo destes profissionais do que a construção e fortalecimento do processo de trabalho.

Merhy (2019) ao propor a leitura do cotidiano dos serviços de Atenção Primária, sob influências de forças-valores apresenta diversas reflexões muito presentes em todos os resultados encontrados nesta pesquisa. Sobre esta atribuição específica do tensionamento advindo da mediação de conflitos, a força-valor ‘trabalho’, reforça o encontro em que profissionais, gestores e usuários já possuem uma ideia prévia que inclui a “a produção de um

diagnóstico, a escuta de uma aflição, uma intervenção que resolva o problema ou diminua o sofrimento, a dispensa do usuário, e outros” (Merhy, 2019, p. 73) e daí surgem as expectativas, que na maioria das vezes irão se deparar com uma realidade diferente, de forma imprevisível e incontrolável. Para o autor, esta força-valor trabalho tende a valorizar o trabalho vivo, na medida que exalta os diferentes saberes, visto que nem todos os encontros caberão em normas e prescrições previamente estipuladas. Ainda sobre esta força, Merhy também destaca que o gerencialismo traz diversas insatisfações para estes encontros, visto que por seu caráter singular e subjetivo, não são possíveis de prever.

Visto as respostas acima, e entendo que há um desejo pela SMS-RJ e OSS que o gerente consiga exercer diferentes atribuições (conheça todas as linhas de cuidado, articule com o território, apoie sua equipe, seja criativo, domine gestão de pessoas, dentre outras funções), estes profissionais relatam uma sobrecarga que tende a ocasionar o não exercício por longo prazo desta função.

O Manual do Gerente, traz a ideia de que este profissional é visto como o que “faz acontecer”, que mobiliza e organiza os meios para que a unidade cumpra seus objetivos, atuando onde muitas vezes os processos de trabalho, as pessoas e os planos se chocam, já que existe uma pressão externa por agilidade e flexibilidade, ao mesmo tempo que surge uma crescente necessidade interna por controle e previsibilidade. Acrescenta-se a isto, o fato do gerente ter que assumir responsabilidades desde a estrutura física das instalações da unidade de saúde, integração entre equipes, acompanhamento das atividades desenvolvidas, criação de um ambiente de trabalho harmônico e solidário passando pelo o monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. (Pessoa L. et al., 2011)

Paralelo a isto, sabe-se que o gerente exerce algumas atribuições privativas, outras delegáveis e outras supervisionáveis, no entanto, mesmo que realize uma gestão compartilhada, que consiga dividir/ delegar bem as tarefas, será cobrado e avaliado pela execução de todas. Se houvesse mais tempo na realização desta pesquisa, poderia ter sido desenvolvido um grupo focal para que os próprios sujeitos desta pesquisa falassem de todas as suas atividades (as da prática do dia a dia que não estarão listadas em normativas oficiais, devido as especificidades territoriais). Apesar de não ter sido realizada esta técnica, devido ao tempo do mestrado, há um planejamento para sua execução, o que pode ser considerado um dos resultados obtidos com este trabalho, visto que o mesmo suscitou o desejo entre os gerentes para sua realização e foi apoiado pela coordenação de área em que atuo para que aconteça após a defesa desta dissertação.

Por ser um dos objetivos deste trabalho a caracterização das atribuições e atividades do gerente no atual contexto das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, será destacado, em item específico após a demonstração dos resultados das entrevistas e potencializados por estas, o que foi encontrado nesta pesquisa.

Apesar de frequentemente surgirem novas atividades que estes gerentes precisam executar, é importante salientar que alguns ex gerentes atualmente compõe outros cargos no organograma da SMS-RJ, CAP e OSS e que tem problematizado a necessidade de se repensar este processo, seja para qualificação destes profissionais e consequentemente de suas unidades e cuidado aos usuários, seja para fixação dos mesmos. Desta forma será apresentado a seguir três iniciativas do município que surgiram no decorrer desta pesquisa.

4.5 INICIATIVAS VOLTADAS PARA GESTORES DA APS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO NO DECORRER DA PESQUISA

Esta dissertação começou a ser elaborada em julho de 2022, sendo qualificada no mês de outubro deste mesmo ano. Já a pesquisa de campo (questionários e entrevistas) aconteceu entre os meses de março e setembro de 2023. Paralelamente a aplicação das técnicas, foi possível acompanhar e participar de três iniciativas no município voltadas para gestores da APS. Não se tem a pretensão de se afirmar que foram as únicas, porém foram as com maior visibilidade e alcance e que me foi oportunizada a participação ativa.

No município de forma geral, destacam-se duas iniciativas: uma publicada no início do ano em Diário Oficial, de ‘Encontro com gestores da Atenção Primária à Saúde 2023’, realizada pela SUBPAV, e outra que aconteceu nos meses de junho a setembro, nomeada de ‘Atualização para gerentes e diretores de Unidades de Atenção Primária’, realizada pela equipe da SIAP (Superintendência de Integração de áreas de Planejamento).

A terceira experiência que será destacada é a da própria área que estou inserida, a CAP 3.2, que desde março de 2023, promove semanalmente o ‘Encontro e treinamento prático entre Gestores’.

4.5.1 Investimento na formação de gestores pelo município do Rio

O nível central da SMS-RJ, através da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), desenvolveu algumas atividades voltadas para os gestores em 2023. Além da tradicional reunião com o Secretário de Saúde e todos os gestores da APS no 1º

Ciclo de Debates⁹ do ano, onde foram apresentados os resultados do ano anterior e informados os objetivos e metas do ano atual, também se criou um espaço trimestral em que todos os gestores (gerentes e diretores) das 237 unidades de Atenção Primária do município são convidados a trocar experiências entre as áreas.

Figura 5 – Convite para o 1º encontro do ano com os gestores



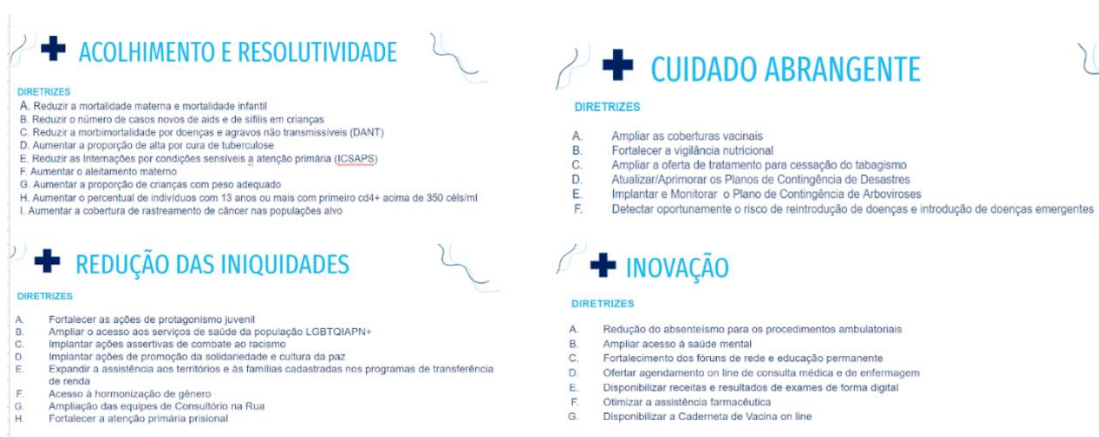
Fonte: Acervo pessoal da autora, 2023.

O primeiro encontro aconteceu em maio de 2023, tendo sido iniciado pelo Subsecretário de Saúde Renato Cony, com a demonstração do planejamento e as prioridades da SUBPAV para o ano de 2023. Os temas prioritários, como uma ideia de bússola, foram demonstrados e divididos por 4 encontros para Gerentes e Diretores e estão enquanto figura 6, a seguir. A base da apresentação foi o monitoramento e avaliação dos indicadores municipais, sendo demonstrados comparativamente segundo os dados do município e também por CAP.

Figura 6 – Temas de prioridades da SUBPAV para os quatro encontros com os gerentes e diretores do município em 2023



⁹ Os ciclos de debates, são encontros temáticos especialmente pensados para a APS, desenvolvidos e organizados pela SUBPAV, envolvendo experiências exitosas das UBSs e que acontecem mensalmente, para diferentes públicos-alvo. No dia 02/01/2023, foi publicado em diário oficial do município, a programação anual, visando a garantia do planejamento e participação de representantes (multiplicadores) de todos os serviços de saúde da Atenção Primária do Rio de Janeiro.



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2023.

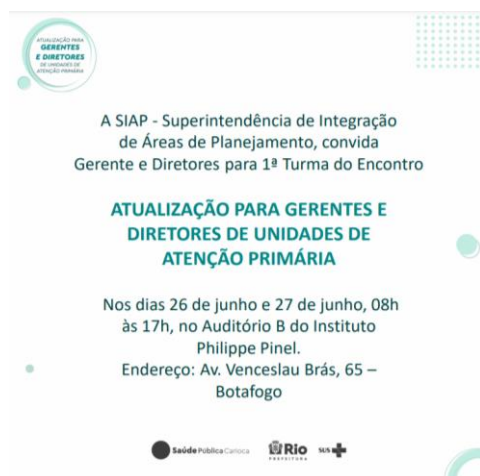
Neste primeiro encontro, o subsecretário também comentou sobre alguns temas frequentemente cobrados por alguns gerentes: aumento salarial e o retorno aos processos formativos dos gestores. Estes dois pontos foram amplamente aplaudidos durante a reunião, mesmo sem serem aprofundados, mas demonstrando a necessidade de um olhar mais cuidadoso com a questão. Sobre a questão salarial do gerente, foi informado, que os contratos de gestão (que nesta ocasião estavam sendo renovados com as OSS) estariam com aditivos para aumento, e sobre o processo de formação, seriam retomados cursos/ treinamentos voltados especificamente para estes profissionais, desenvolvidos pela Secretaria.

Apesar da resposta aos dois temas ter sido comemorada, o aumento real do salário do gerente não aconteceu na proporção esperada pelos profissionais e isto ficou muito visível nas respostas das entrevistas que serão apresentadas posteriormente. Já a retomada dos processos formativos para os gestores, foi iniciada no final do primeiro semestre, conforme prometeu o subsecretário e será brevemente relatada a seguir.

4.5.2 Atualização para gerentes e diretores de unidades de atenção primária

Em junho de 2023 a SMS-RJ, através da SIAP (Superintendência de Integração de áreas de Planejamento), retomou o curso/ atualização para gestores desenvolvido pelo Nível Central. Esta era uma pauta especialmente trazida por gestores que puderam participar de um curso promovido em 2016, com carga horária de 40h que apresentava diversos temas da gestão, sob a perspectiva que a Secretaria indicava de trabalho. Alguns gerentes com mais de 5 anos no cargo, inclusive, incluíram esse curso na resposta à pergunta do questionário online sobre formação específica em gestão.

Figura 7 - Convite para o retorno do curso/ atualização para gerentes e diretores pela SMS-RJ



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2023.

Nessa retomada de processo formativo, houve uma condução participativa e coletiva para construção do programa. Alguns ex gerentes compõe atualmente a equipe da SIAP e participaram do curso em 2016 facilitando o processo de resgate do momento anterior, bem como, pensando em temas que impactam no dia a dia do trabalho e precisavam ser discutidos de forma mais imediata. Também foram convidados para o processo de construção coletiva, profissionais das OSS e das CAPs, preferencialmente os que já haviam atuado na função de gerente. Paralelo a este movimento, foi realizada uma reunião virtual com representação de um gerente por área, para que elencassem temas que estes entendiam importantes para sua prática profissional e assim fossem estabelecidos os temas prioritários para a retomada do processo de formação de gestores.

A organização das turmas se deu a partir da escala publicada no início do ano para o Accountability (seminário de prestação de contas anual, onde o gestor e sua equipe, demonstram os resultados/ indicadores e avanços alcançados nos últimos anos). Foram programadas 10 turmas presenciais (figura 8), com média de 30 gestores (incluindo gerentes e diretores) em cada uma, tendo em todas, representatividade das dez APs, propositalmente para ampliação da troca de experiências. Os encontros tiveram duração de dois dias por turma e cada gerente precisaria entregar um portfólio do seu Accountability para compor a carga horária formativa e receberem a certificação de participação. A ideia é que haja outros módulos a partir de novembro deste ano, para continuidades as discussões iniciadas neste primeiro momento.

As atividades destes dois dias foram conduzidas por diferentes profissionais da SUBPAV, sendo alguns da própria secretaria e outros das CAPs. Supervisores das OSS, e eu enquanto apoiadora da CAP, participamos enquanto tutores/ facilitadores das turmas, sendo

responsáveis, além do apoio na organização e condução dos encontros, também no acompanhamento e esclarecimentos posterior, junto aos gestores de cada área (cada um com sua área de trabalho) tanto para elaboração do portfólio quanto na preparação para o Accountability.

Todos os encontros foram iniciados ou pelo subsecretário ou pela superintendente de Atenção Primária, com a ideia de aproximar os níveis de gestão. A primeira dinâmica realizada, já trazia uma apresentação individual dos participantes, a qual era finalizada com a frase: “eu sou gestor (a) da Secretaria Municipal de saúde”, independente do cargo de gestão específico que ocupasse naquele momento.

Os principais temas escolhidos e trabalhados neste 1º módulo de atualização foram: Principais competências dos gerentes/ diretores; Gerenciamento do trabalho em equipe: Gestão de pessoas; Mediação de Conflitos, Comunicação não violenta e Inteligência emocional; Ética e Iniquidades no trabalho; Planejamento em saúde; Ferramentas para o planejamento; Gestão da qualidade em saúde; Governança clínica). Todos estes temas foram introduzidos e alguns mais aprofundados que outros dependendo da interação da turma.

O primeiro tema discutido envolvia a reflexão sobre as competências dos gestores. Nele foi demonstrado o que a secretaria espera que estes profissionais apresentem, relacionados a ‘conhecimento, habilidades e atitudes’ e a partir destes, discutiram, utilizando metodologias ativas, quais seriam as atribuições de cada um, frente as competências destacadas.

Ao final de cada dia de encontro era realizada uma avaliação via Qr-code, bem como no segundo dia, era realizada uma avaliação geral do encontro presencialmente. As avaliações foram muito positivas, especialmente no que tange a aproximação da SMS-RJ com os gestores das unidades, para ouvir e compreender a realidade vivenciada nos diferentes territórios, bem como a retomada do investimento da secretaria nestes profissionais. Os temas de mediação de conflitos, comunicação não violenta e iniquidades no processo de trabalho foram os que geraram maiores discussões e envolvimento dos gestores em todas as turmas.

As falas sobre limites entre assédio e cobrança, pelo que seria inerente ao trabalho dos profissionais, apareceram com frequência nas turmas, demonstrando um claro desconforto por parte dos gestores sobre a pressão que sofrem e que também são questionados por seus profissionais e sindicatos. A importância de se discutir com mais ênfase as iniquidades também foi demarcado por todas as turmas.

Fotografia 1 – Turma 7 da Atualização para Gerentes e Diretores de unidades de Atenção Primária



Fonte: Acervo pessoal da autora, 2023.

Devido a limitação do tempo deste primeiro módulo (2 dias), alguns temas foram indicados para serem trabalhados e aprofundados pelas CAPs, ou para terem continuidade no próximo módulo. Temas como racismo, por exemplo, ganharão após estes encontros, uma nota técnica que embase ainda mais o conteúdo discutido, as decisões e conduções que devem ser tomadas enquanto crime.

Entendendo que nenhum tema foi esgotado, as CAPs foram provocadas a darem continuidade a treinamentos de seus gestores. Na CAP 3.2, já havia sido iniciado este movimento de forma contínua e permanente, como será apresentado a seguir.

4.5.3 Encontro e treinamento prático entre Gestores da CAP 3.2

Na CAP 3.2, desde o mês de março de 2023, foi iniciado um encontro/treinamento para gestores, que busca balizar o conhecimento dos profissionais (iniciantes e experientes) e aprofundar nas temáticas com maior necessidade de discussão, dificuldade ou curiosidade. Para isso, foram realizadas inicialmente algumas reuniões com participação da coordenação de área, diretores de divisão da CAP, supervisores da OSS (que assim como eu, também foram gerentes da área por muitos anos e agora estão em outros cargos) e responsáveis por outros setores da OSS que apoiam os gerentes: Recursos Humanos, Qualidade (setor que acompanha e monitora

os indicadores do contrato de gestão), e também a gerente de contrato do IDEIAS (OSS responsável pelo contrato de gestão da área). O objetivo era de que todos esses pudessem participar da qualificação dos gerentes, trazendo suas especificidades e ferramentas que potencializassem e facilitassem o processo de gestão. Além da aproximação e apoio dos profissionais, que constantemente relatam a solidão do espaço da gestão.

Foi elaborada uma lista de temas por este grupo supracitado, que posteriormente foi corroborada por temas que os próprios gerentes enviaram via Google forms, onde foi solicitado que escrevessem temas de maior dificuldade, necessidade ou curiosidade enquanto gestores. Os temas também estariam atrelados as mudanças de direção e protocolos do município, ocasionando o aprofundamento e atualização constante destes profissionais.

É imprescindível que na atualidade, gestores e gerentes, independente do nível de gestão que estão exercendo, sejam cargos de alta gerência, média gerência ou outra, estejam inseridos num arrojado processo de educação permanente. A educação permanente no contexto da gestão do território na ESF é necessária, para que o gerente possa administrar com competência todos os processos que compreendam a gestão do cuidado em saúde e acompanhar as mudanças no sistema de saúde, a exemplo do processo de descentralização. (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2007, p.682)

Foi pactuado que conforme os temas dos blocos fossem se encerrando, um grupo de 4 ou 5 gerentes escreveriam coletivamente um documento - Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre os temas abordados para que ficassem registrados e servissem como base para o trabalho dos gestores da 3.2. Essa metodologia foi apresentada para todos os gerentes em um encontro no final de fevereiro de 2023, a qual se estivessem de acordo, seriam iniciados os encontros no mês seguinte com tudo pactuado. Outra questão que foi acordada, foi de que os blocos não seriam fechados apenas com os temas levantados previamente. Se no decorrer dos encontros, outros temas fossem surgindo, seriam acrescentados e ampliada a discussão. Não foram fechadas todas as datas para os encontros de forma inicial, compreendendo os atravessamentos e respeitando os momentos que envolviam a área. Desta forma, a organização de datas ocorreu mensalmente. No segundo mês de encontros houve uma interrupção no processo devido à greve dos profissionais de enfermagem, retornando um mês e meio depois.

Os temas escolhidos foram divididos em 5 blocos: Gestão de pessoas, gestão operacional, construção de processo de trabalho, estratégias de gestão e desburocratização dos serviços. Dentro de cada bloco estavam os temas que foram levantados, na perspectiva de um encontro com metodologias ativas, a partir de iniciais conceituações de cada temática e posteriormente desenvolver um encontro permeado por troca das experiências já vivenciadas pelos próprios participantes.

Alguns temas importantes e polêmicos para os gerentes foram trabalhados inicialmente,

especialmente os relacionados a gestão de pessoas, pois geram muitas dúvidas e até fragilidades no processo de gestão, além de serem apontados como os de menor domínio entre os gerentes iniciantes na função. A consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), conceituação de assédio, mediação de conflitos, racismo e LGBTfobia, medidas administrativas, ouvidoria, semana padrão, gestão por listas, contrato de gestão e indicadores, foram temas que renderam muitas discussões e que necessitaram de mais de um encontro.

É possível perceber nesta pequena relação de temas acima que estes possuem muita proximidade ao dia a dia e as atribuições desenvolvidas pelos gestores. Este espaço de formação e troca foi garantido pela coordenação de área, tendo um turno semanal para esse processo, entendendo que além de ser um momento de formação, é também um espaço para troca de experiências, apoio e afeto entre os profissionais, em uma relação dialética entre o pensar e o agir.

Falando de afeto e traçando um ensaio ousado com a perspectiva de um dia, quanto instituição alcançar a maturidade do Método da Roda, como propôs Campos (2000), buscou-se elaborar um momento no qual os profissionais se sentissem à vontade, sem sentimentos de opressão relacionados ao poder relativo a cada categoria envolvida. Talvez esse tenha sido e ainda seja, um dos maiores desafios (o estabelecimento da horizontalidade nas relações), mas que já se percebe um sucesso em postagem dos gestores em suas mídias sociais, sempre descrevendo os encontros como um momento importante de troca de conhecimento e principalmente de afeto entre pares. Estes encontros são efetivamente o “espaço protegido coletivo” para parar e refletir sobre suas práticas, além de aprender com outras experiências.

No percurso destes encontros, percebeu-se, com base em reuniões anteriores, que muitas informações eram passadas e não absorvidas pelos gestores, pois os mesmos estavam resolvendo problemas ou realizando orientações para suas equipes através do celular. Desta forma, uma das pactuações com os profissionais, foi que as quatro horas semanais dedicadas ao encontro, seriam com foco nos temas acordados. Para isso, foi criada a “caixa da libertação” (Figura 9) onde os gestores poderiam deixar seus celulares, voltar para o papel e caneta e principalmente imergir no conteúdo. A orientação foi de repassar os contatos dos supervisores da OSS, para que os Responsáveis Técnicos (RT) se responsabilizassem pelas unidades, enquanto os gerentes estivessem ausentes, em treinamento. Se houvessem problemas emergenciais que os RTs não conseguissem resolver em loco, poderiam acionar os contatos de apoio. Durante os encontros, foram pouquíssimos contatos realizados com os supervisores pelas equipes. Essa também foi uma forma pensada para fortalecer para a divisão das atribuições e confiança, para o que está denominado nas UBSs do Rio de Janeiro, como o tripé da gestão.

Fotografia 2 – Proposta da ‘Caixa da Libertação’ para treinamento dos gestores



Fonte: Arquivo pessoal da autora, 2023.

Foi interessante perceber o quão o celular já está integrado a vivência e atuação dos gerentes. No primeiro dia, colocar o aparelho na caixa foi relatado como alívio, porém no decorrer do período dos encontros, os profissionais em diferentes momentos fixavam seus olhares na caixa e demonstravam inquietudes por falta de informações das unidades, mesmo sabendo que os supervisores estavam atentos, RT's orientados e CAP ciente de que os profissionais estariam sem contato.

Este fato, da dificuldade em ficar longe do celular e sem informações da unidade, aparece de forma frequente também nas entrevistas que serão apresentadas a seguir. A falta de horários e limites com o uso do WhatsApp enquanto meio de comunicação para todos os segmentos, causa uma importante dependência tecnológica e a sensação de impotência ao estar longe dele, que precisa ser repensada, dentre outros pontos que ganharão destaques nos resultados apresentados no tópico de continuidade desta pesquisa.

4.6 ANÁLISES DAS ENTREVISTAS – A FALA ‘DAS’ GERENTES

A fase das entrevistas aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2023 e não houve nenhuma grande dificuldade em sua realização. Foi necessária uma adaptação ao critério de inclusão de ‘tempo na gerencia’, pois em algumas áreas, não foram localizados gerentes que concomitantemente estavam no tempo de serviço inicialmente planejado, que estavam em Clínica da Família e que responderam ao questionário aceitando dar continuidade a sua participação nesta pesquisa. Foi necessário flexibilizar o tempo de atuação o mais próximo possível do desejo inicial.

Outra questão que possivelmente impactou os profissionais entrevistados, foi o mês de realização das entrevistas. Muitos deles estavam preparando o Seminário de Prestação de contas

– Accountability, que somado às outras funções de gerente, acabavam não conseguindo responder de imediato (umas das gerentes, mesmo após o envio de 3 e-mails de convite, não retornou, tendo-o feito após a finalização das dez entrevistas). Na área específica desta gerente, não foi entrevistada nenhuma profissional, pois ao aguardar a resposta, e entrevistando paralelamente gerentes de outras áreas, uma profissional com mais de 10 anos na função foi entrevistada, tendo esta acabado de sair da gerencia (quando respondeu ao questionário em março, ainda era gerente, porém no mês anterior a entrevista, assumiu como gerente de outro equipamento de saúde fora da APS, mas fez questão de participar após o convite). Desta forma, nesta última área foi convidada outra gerente (totalizando duas), o que ocasionou em dez respostas no total (como previsto inicialmente). Percebendo que as respostas já vinham se repetindo, optou-se por encerrar a amostra da pesquisa.

O fato de ter sido gerente de uma clínica com grande visibilidade por quase 9 anos e de estar envolvida no encontro de atualização dos gestores do município, foi um facilitador para o reconhecimento e confiança dos gerentes no aceite da entrevista e respostas bastante sinceras. Muitas gerentes se emocionaram durante a entrevista, choraram, reviveram momentos de dificuldade e de alegria que já passaram nesta função. Duas gerentes após a finalização da entrevista e gravadores desligados, expressaram o quanto se sentiram bem em falar e poder ser ouvida, sem ser julgada ou com medo de alguma represaria. Falaram que se sentiram tão à vontade, tal qual um momento de terapia, que puderam inclusive se ouvir, ao falar e refletir sobre seu processo de trabalho, que na correria do dia a dia acabam não tendo este tempo para reflexão.

“Poxa, foi muito bom! (...) Aposto que deve ter gestor que chora nessas entrevistas. Porque esse momento e seu acolhimento acabam fazendo a gente desabafar. E ainda mais por ter sigilo também. Mas realmente tem muito gerente que precisa de terapia urgente, muitos por terem medo de tantas coisas, as vezes dependendo de remédio controlado. Eu até usei na pandemia, mas depois me libertei.” (Entrevistada 7 – Gerente Iniciante)

Assim como na fala da entrevistada 7, com a valorização de sua escuta, os resultados das entrevistas que serão apresentados aqui, tiveram a pretensão de ouvir o que estas gerentes queriam relatar, visto que como o título do trabalho já traz, a “fala ‘com’ a gerente” é uma das frases que estes mais ouvem, onde na expressão desempenham uma atitude passiva (de quem recebe a fala). Aqui, estarão as atitudes ativas, ou seja, as falas ‘das’ gerentes, a partir da visão destas profissionais como objetiva esta dissertação.

A tabela a seguir, demonstra os elementos que foram analisados para critério de inclusão, bem como outros fatores que permearam a entrevista e podem ter impactado de

alguma forma em suas análises.

Tabela 7 – Gerentes das Clínicas da Famílias que participaram da entrevista

No.	Modalidade	Turno	Tempo de duração da entrevista	Local	Critério	Tempo como gerente	Quantas unidades gerenciou	Tempo na mesma unidade como gerente
1	Presencial	manhã	22 m	Sala de esterilização	1 ano	1 ano	1	1 ano
2	Presencial	tarde	1:27 m	Sala da USG	1 ano	2 anos	3	1 ano
3	Presencial	noite	40 m	Sala da gerente (outro equipamento)	mais de 5 anos	12 anos	2	8 anos
4	Presencial	tarde	1:08 m	Sala da Covid	mais de 5 anos	10 anos	5	1 ano
5	Virtual	tarde/férias	25 m	Sala de casa	1 ano	1 ano	1	1 ano
6	Virtual	manhã	22 m	Equipamento social - Território	mais de 5 anos	15 anos	6	9 anos
7	Virtual	tarde / folga	40 m	Sala de casa	3 anos	3 anos	2	2 anos
8	Presencial	noite	28 m	Consultório de equipe	1 ano	1 ano	2	menos de 1 ano
9	Virtual	noite	19 m	Sala de casa	mais de 5 anos	8 anos	4	1 ano
10	Virtual	manhã	47 m	Consultório de equipe	mais de 5 anos	13 anos	2	13 anos

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Um facilitador para a adesão a entrevista foi a flexibilização do formato de sua realização: Presencial ou virtual. Foi facultado as gerentes a escolha deste ambiente, com isso algumas ao receberem o convite, já indicaram o formato virtual, por optarem em estar fora da clínica e do horário de trabalho, possibilitando uma fala/escuta mais reservada e protegida. Desta forma, algumas gerentes responderam de sua casa ou em outro equipamento que lhes trouxesse mais privacidade. Atualmente poucas Clínicas da Família possuem sala para a gerente, esta divide o mesmo espaço com seus auxiliares administrativos. Dependendo do sigilo de alguns assuntos é necessário que se procure uma sala/consultório desocupado para que possa conduzir as ações mais reservadas. A gerente que escolheu estar em um equipamento social no momento da entrevista, precisou remarcar a entrevista duas vezes, por ser interpelada por outras questões de caráter imediato que surgiram na unidade nos dias e horários combinados. O equipamento escolhido chamou a atenção: a base da UPP (Unidade de Polícia Pacificadora) do território. A profissional justificou a escolha enquanto local em que teria privacidade pois ali possivelmente ninguém iria procurá-la (ela acertou).

O tempo médio de duração da entrevista foi de 40 minutos, conforme previsto inicialmente no TCLE. Algumas entrevistas foram bem mais curtas e objetivas levando menos de 30 minutos e outras ultrapassaram uma hora. A com maior duração (1 hora e 27 minutos), foi perceptível o sofrimento e a necessidade de escuta ativa da profissional, que durante a entrevista chegou a mencionar que pediria demissão.

Duas gerentes entrevistadas estavam fora do perfil inicialmente pensado: uma que respondeu com mais de 10 anos na gerência, havia acabado de sair da função de gerente de Clínica da Família, mas está atuando como gerente de outro equipamento de saúde como relato anteriormente. A entrevista desta profissional foi mantida, vista a grande experiência e contribuição para a temática desta pesquisa, além do desejo em responder as questões. Outra profissional que também possuía outro tempo de serviço, está há 3 anos como gerente, mas há menos de 1 ano na mesma clínica. Esta última acabou trazendo um perfil diferenciado e interessante por ter assumido a gerência em meio ao pior momento da pandemia de COVID 19.

Todas as gerentes agradeceram e pareceram felizes por terem sido escolhidas e por alguém estar escrevendo sobre a categoria, pois em geral, são abordadas para indicar outro profissional de sua equipe na participação de pesquisas, mas a maioria, até o dia da entrevista, não respondeu pesquisas referente especificamente a sua função. Destaca-se a reflexão, que não será respondida nesta dissertação, sobre o interesse na fixação/tempo de permanência destas profissionais enquanto gerentes e se há interesse em mantê-las na mesma unidade por muitos anos, visto que apesar de sua visível importância, não há permanentes investimentos nesta categoria.

Outros gerentes que não foram selecionados para a entrevista, mas que responderam ao questionário inicial e sinalizaram que gostariam de participar de uma entrevista para aprofundar questões do seu trabalho, entraram em contato através de diferentes meios de comunicação para reforçar a disponibilidade e interesse em ser entrevistado. Alguns informavam ter tido contato com outro gerente já entrevistado, e que este lhe contou sobre como se sentiu bem por ter um espaço para falar sobre sua função com alguém que o entendia e não o avaliava. Alguns destes gerentes, mesmo não participando oficialmente da entrevista, por se sentirem de alguma forma representados nesta pesquisa, falaram espontaneamente de seus sentimentos em relação a sua função. Grande parte dos sentimentos trazidos por estes profissionais apareceram na fala de outros gerentes, reforçando alguns achados da pesquisa que serão apresentados após os eixos temáticos e que envolvem: Salário, Solidão e Sofrimento e Sobrecarga. Sobre este “combo dos 4 S”, três gerentes que solicitaram desligamento ou mudaram de área no decorrer da pesquisa, também fizeram contato para comentar sobre a tomada de decisão e afirmar que com a mudança

ou saída, se sentiam mais à vontade para falar.

Pensando nas questões levantadas no questionário, com a ideia de aprofundar alguns nós percebidos na função de gerente das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, o resultado das entrevistas foi dividido em três eixos temáticos: 1- Motivação, 2- Formação e atribuições e 3- Expectativas.

Com base no resultado obtido nos questionários e com a amostragem das entrevistas (que manteve a mesma proporção encontrada nos questionários, 8 mulheres e 2 homens), optou-se neste subitem da pesquisa, por identificar as profissionais sempre pelo gênero feminino, visto a predominância na função de gerentes no município. Além de reforçar esta característica, a não diferenciação por gênero, traz maior sigilo na identidade das entrevistadas. A qualificação das respostas estará ligada ao número da entrevista realizada (correspondente ao apresentado na tabela 7), e classificada apenas como ‘gerente iniciante’ (no caso dos gerentes com 1 ano no cargo) e ‘gerente experiente’ (para os gerentes com mais de 5 anos na função). Durante a entrevista uma das gerentes também usou uma classificação popular entre os gerentes por ‘Raiz’ e gerentes ‘Nutella’, ou em uma perspectiva mais de mercado/empresarial, ‘júnior’ e ‘sênior’, mas optou-se, por se tratar de um trabalho acadêmico, utilizar um padrão formal de classificação.

4.6.1 Eixo temático: Motivação

A primeira pergunta da entrevista buscava compreender a motivação das gerentes em atuarem nas suas atuais Clínica da Família. A questão possibilitou também que as profissionais contassem a sua trajetória até ali.

De forma geral, a questão do reconhecimento do cargo como “promoção/evolução” esteve presente em muitas falas, especialmente das profissionais que se tornaram gerentes após atuarem na mesma Clínica que estão como gerentes. Este fato é ainda mais evidente dentre as profissionais que eram enfermeiras responsáveis técnicas e que, de alguma forma, percebem a gerência como ‘crescimento profissional’ e uma ‘valorização’ em seu currículo ou até mesmo uma necessidade para aprenderem mais sobre gestão e no futuro ocupar outros cargos.

“Duas questões principais: a primeira delas é que ainda, que o aumento de salário seja pequeno, quando comparado com minha antiga ocupação, é um aumento salarial e é um ponto importante na minha análise, embora eu ache que a remuneração seja inadequada veio num bom momento pra mim. Segundo ponto é eu entender que eu tinha atingido dentro da minha antiga ocupação, não é que seja o topo, mas eu não via outras possibilidades de crescimento dentro da minha antiga ocupação e eu via que era necessário

mudar a função dentro do organograma da Unidade de saúde.” (Entrevistada 1 – Gerente Iniciante.)

Para algumas gerentes, especialmente as com menos tempo no cargo, estar na gerência foi a forma que encontraram para permanecerem na APS com novos desafios, pois já estavam há anos desempenhando uma mesma função em uma mesma unidade. Percebem como uma ideia de evolução natural. Algumas ao falarem sobre isso, traçam uma relação com a questão salarial, afirmando que mesmo que haja aumento na remuneração, este ainda está muito abaixo do que avaliam como pertinente. A questão salarial apareceu em praticamente todas as entrevistas, em meio a diferentes contextos. Desta forma e entendendo a importância do tema para as gerentes, o mesmo ganhará destaque após a discussão das respostas separadas para análise em eixos.

“A minha equipe sempre quis me ajudar e me apoiaram muito para tentar esse cargo de gerência e tal, e também crescimento profissional né, eu acho que principalmente isso, não a questão de salário realmente. (...) para mim era mais fácil assumir como gerente, eu já era uma pessoa que eles confiavam e que já era conhecida ali, então isso também me motivou a assumir. Então não veio uma pessoa de fora, né, para ser da equipe e era algo importante também que permanecesse ali, né, conhecer o território e isso também fortaleceu a minha ideia de estar como gerente.” (Entrevistada 5 – Gerente Iniciante)

Nas respostas das gerentes com mais de cinco anos, em geral, a equipe é citada enquanto força e fortaleza para continuidade do trabalho. No entanto algumas gerentes também citaram, ‘convites’ (de alguém de um cargo superior) para mudanças de unidades quando alcançavam melhores resultados e fortalecimento de suas equipes, com base na justificativa de que este trabalho também deveria ser multiplicado em outra CF. Nestes casos, a mudança de unidade não advém de um desejo/motivação da gerente e sim de uma necessidade do serviço/área.

Algumas gerentes se sentiram desrespeitadas pela situação das transferências, mas não se colocam, por medo de serem penalizadas/desligadas. Outras, que já passaram por diversas unidades, encaram como algo inerente ao processo, e que devem estar onde forem demandadas, independentemente do território ou integração com a equipe, se percebendo como profissional da SMS-RJ e não de uma clínica específica.

“Na verdade, eu tô nessa clínica da família há um ano, então não foi uma escolha foi um convite da coordenação no momento que precisava de uma intervenção técnica por falta de atendimento. Então hoje o que me motiva estar aqui é dar acesso ao usuário numa clínica que tinha a porta completamente fechada, aqui não se realizavam atendimentos, muito poucos atendimentos! Hoje ela tem em média 4 mil atendimentos.” (Entrevistada 4 – Gerente Experiente)

As gerentes que estão em unidades com residência também apontam esta experiência como algo positivo e atrativo para unidade. Estas CF em geral, tem maior destaque para investimentos em novos projetos, fixam melhor os profissionais (especialmente a categoria médica) e traz um processo reflexivo para equipe, criando uma expectativa, principalmente nos novos gerentes, de que terão mais facilidade nas discussões técnicas junto aos profissionais e trazendo uma força para as gerentes que não são enfermeiras.

“A equipe (...) muito unida e que topava fazer as atividades que a gente tinha, um propósito mesmo de educação em saúde, é uma unidade que tem residência médica, medicina de família e comunidade, então por mais que fosse a mesma equipe de preceptores, era uma equipe cíclica, então a cada 2 anos mudava toda equipe e isso dava um dinamismo na unidade e por ser uma unidade de residência a gente proporcionava aos pacientes toda a carteira de serviços e isso me realizava muito.”(Entrevistada 3 – Gerente Experiente)

Em contrapartida, para algumas gerentes, as unidades que possuem formação por residência são de alguma forma mais complexas para se fazer gestão, pois além de ganhar mais um atravessador externo para negociação, deixa a gerente ainda mais exposta. Para outras, há uma ideia de possibilidade de formação até mesmo para sua função, tanto na uma prática técnica do dia a dia, quanto para aprendizagem para o futuro.

“eu me formei aqui, então eu tenho um carinho por esse território, eu tenho um carinho por essa Unidade, por essa equipe, que é uma equipe que reflete sobre a sua prática, que traz outros desafios para quem está na gerência, (...), que tecnicamente é muito boa, então eu acho que foi provocada por esses afetos.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

O afeto com o território também é algo relatado em diversos momentos nas entrevistas, seja por ter sido uma clínica que a profissional já atuou, seja por ter passado em algum momento na formação, seja pela proximidade de casa. Aliás a transferência de unidades no Rio de Janeiro entre as gerentes, hoje perpassa muito pelo tempo de deslocamento para o trabalho. Há uma clara escolha entre as gerentes mais novas na função, pelo trabalho nas CFs mais próximas as suas casas. Quanto vinculação com o território, esta fica mais evidente dentre as gerentes com maior tempo de fixação na mesma clínica.

“São vários fatores, o primeiro é que é muito perto da minha casa, graças a Deus, foi um presente para mim, se eu quiser ir de bicicleta, então eu tenho qualidade de vida, o trabalho é bom, tem algumas dificuldades como vacância médica que é difícil, mas a equipe é boa, os ACSs são muito parceiros, muito bom, eles fazem um trabalho bem legal, então é isso que me motiva a estar ali na gestão e a coordenação também, é muito boa, muito presente, então isso melhora o nosso serviço para estar sempre bom.” (Entrevistada 7 – Gerente Iniciante)

A localização da unidade também apareceu em algumas entrevistas como um fator que motivava as gerentes, não somente pela distância de suas casas, mas também as que facilitassem a fixação profissional, especialmente de médicos. A questão da violência urbana na cidade é um dos principais elementos que dificulta a contratação e fixação de profissionais médicos na cidade do Rio de Janeiro, o que impacta na qualidade de serviços e relação da comunidade com a unidade de Saúde (muitas situações que demandam a mediação de conflito apresentadas nas respostas dos questionários, são iniciadas a partir da ausência deste profissional). Foi possível perceber em algumas entrevistas que as gerentes possuem essa preocupação ao escolherem seu local de trabalho, especialmente pra as que já trabalham na função e pensam em mudar de CF.

“Eu acho que um dos fatores é a questão da proximidade da minha casa, é um fator que motiva muito e além disso também, é a questão de saber que os recursos humanos, os profissionais da Unidade, são profissionais que naturalmente a gente espera que tenha um tempo maior de trabalho na Unidade em si e isso se compara muito com a minha experiência né que foi (local com área de violência urbana) e lá eu percebi que tinha uma rotatividade muito grande de profissionais, principalmente profissionais médicos e é difícil você dar continuidade no trabalho, então eu sabia que isso eu não ia sofrer na (CAP atual), isso eu tinha certeza e muda totalmente o seu processo de trabalho, a sua dinâmica de trabalho, então foi outro fator também que pesou muito para mim.” (Entrevistada 8 – Gerente Iniciante)

Enquanto as gerentes iniciantes na função estudam o perfil, qualificam e escolhem a Clínica desejam trabalhar, tendo elementos como a proximidade de casa, a fixação profissional, um grau menor de impacto da violência urbana, ter ou não residência, as gerentes mais experientes, destacam sua fixação relacionada ao acompanhamento e melhoria dos serviços prestados em seu território. Comentam com muito orgulho o fato de terem vivido expansão da Atenção Primária no Rio de Janeiro. Se sentem pertencentes a esta construção e valorizam as novas estruturas e condições atuais de trabalho, além de se sentirem valorizadas e reconhecidas neste território que trabalham, o que demonstram como um dos maiores motivadores.

“Primeiro o que a gente construiu né, quando eu cheguei aqui em (ano) a clínica era pequenininha, então a gente não podia oferecer muitas coisas que estavam sendo oferecidas, (...) então a gente implantou muita coisa dentro da comunidade, (...) eu vou pelo menos duas vezes na semana no território, porque eu gosto que a Unidade seja na rua, (...) então eu não queria perder isso, é uma população que hoje é um vínculo enorme, são 9 anos, a gente sabe das necessidades e eu não quero perder, não é perder a gerência, é manter essa continuidade, eu gosto do meu território, eu gosto dos meus cadastrados, eu gosto dos meus profissionais, a gente tem relação já de família, briga hoje, tá bem amanhã” (Entrevistada 6 – Gerente Experiente)

Percebe-se a diferença entre as falas das gerentes ‘iniciantes’ e das gerentes ‘experientes’, quando se reporta a relação com o território e com as equipes. As iniciantes trazem uma colocação de vislumbrar o desejo de realizar um trabalho de liderança com uma equipe já fortalecida, com uma perspectiva de facilitação do seu processo de trabalho. Já as experientes, trazem um orgulho da equipe que conduziram e treinaram e que são o seu apoio, potencialidade e motivação no dia a dia de trabalho. Foi comum ver nas falas das gerentes com mais de 5 anos na mesma unidade, um envolvimento de afeto e a utilização do termo “família” para classificar essa relação.

“Olha, eu acho que o tempo de trabalho, com as mesmas pessoas ajuda muito, então as pessoas já sabem e já reconhecem o jeito de trabalho e eu acho que isso é o melhor, é lógico tem chegado novas pessoas, eu tenho novos funcionários, (...) mas, por exemplo a minha RT médica está comigo todo esse tempo, então é uma coincidência eu não sei ou encontro de almas, que eu acho que também ajuda e o que me motiva é porque de fato eu gosto das pessoas e ninguém nunca me convidou para sair daqui, então é porque tá dando certo e eu acho que a gente tem muito comprometimento com todos os obstáculos que a gente enfrenta, aqui não tem só sucesso, aqui a gente faz o sucesso acontecer, mas eu tenho problemas como todo mundo, enfrentamentos mudança de governo,(...) os usuários daqui, eles me conhecem pelo nome, me chamam pelo nome, é uma gestão aberta, a minha porta não fica fechada (Entrevistada 10 – Gerente Experiente)

Uma das entrevistadas, ao refletir sobre a motivação em ser gerente, trouxe uma questão ligada a geração e conflitos geracionais. Todas as gerentes entrevistadas com mais de 5 anos atuando na mesma unidade tem mais de 40 anos. As que estão há mais de 5 anos nesta função, mas não na mesma unidade, tem mais de 30. Apenas uma que está há um ano, tem mais de 30, os outros tem menos de 30 anos. Não é possível afirmar que haveria um ‘conflito geracional’, mas observa-se uma questão entre a idade *versus* fixação profissional, que se mostra de forma semelhante há outros aspectos das relações na vida pessoal nestas faixas etárias. Acredita-se que a maturidade e principalmente, ter vivenciado o avanço da APS no Rio de Janeiro, tenha atribuído valor e significado diferenciado na relação que as pessoas que permanecem mais tempo neste cargo relataram. Desta forma é interessante ver a diferença na motivação que leva as gerentes a estarem e permanecerem nesta função, na clínica atual.

“eu entrei muito inocente! Talvez eu acho que ninguém que tá fora do cargo de gerência vai conseguir entender o que é um cargo de gerência na APS desse município, então acho que ninguém entra pelo real motivo, pelas atribuições, porque não dá para imaginar! É como se você entrasse no buraco e caísse o mundo, para ai você entender o que se passa. Porque do lado de fora não dá para entender... aí eu vou liderando a equipe, eu vou entrando em contato com o território, só que o mundo de coisas que se abrem não está escrito.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

Ao pensar nos conceitos geracionais propostos por William Strauss e Neil Howe, as gerentes experientes estão em sua maioria na geração X (1961 a 1981) e as gerentes iniciantes na geração Y ou Millennials (de 1982 a 2004), sendo parte destas, nascidas no final temporal desta geração, se aproximando da geração Z (2005 até os dias atuais). Os autores ao separarem e classificarem estas gerações, levaram em consideração fatores sociais, econômicos e políticos, que explicaria parte do comportamento dos indivíduos que cresceram naquele determinado momento. Com isso a geração denominada X vivenciou a revolução digital, já a Y nasce no mundo digital com conectividade e acesso ilimitado a redes sociais. Enquanto a X inicia a cultura do consumo em massa, a Y é caracterizada enquanto consumistas funcionais, com hábitos mais imediatos para obterem respostas a suas necessidades e isso, segundo os autores seria transferido para outros aspectos da vida. (Artese, 2019)

Nesta perspectiva, o domínio da tecnologia estaria relacionado divergências intergeracionais, dos dois grupos de gerentes. Enquanto as gerentes experientes do grupo X tem maior experiência de vida e na gestão, os da geração Y (iniciantes) tem diversas aptidões tecnológicas que terão a tendência a flexibilização e um olhar mais seletivo sobre os benefícios que podem alcançar de forma mais imediata. Isto é confirmado à medida que as gerentes iniciantes referem a motivação relacionada a proximidade de casa, equipes mais consolidadas, menor impacto da violência, maior fixação de profissionais, enquanto as mais experientes reforçaram sobre o vínculo com equipe e território, participação na expansão da APS e o reconhecimento enquanto gestora da unidade.

Além da percepção da influência das gerações, resgata-se o que Terra e Campos (2019) discutiram sobre o impacto do gerencialismo no trabalho médico. Esta perspectiva também pode ser aplicada aos gerentes quando se reflete sobre os processos de falta de autonomia e alienação trazidas pelo mercado. Os autores demonstram, concordando com Karl Marx, alguns impactos do Capitalismo que afastam os trabalhadores, cada vez mais, da sua humanidade. Assim como apontaram fenômenos da alienação na prática médica, pode-se perceber-las entre os apontados pelas gerentes, que seriam: ‘Do produto’, faltando clareza do qual é o produto do trabalho da gerente, no caso, o cuidado aos usuários; ‘Na atividade produtiva’, que como refletem sobre a falta de autonomia, passam mais tempo executando o que lhes é solicitado; ‘De si mesmo’, quando perdem ou se afastam de sua humanidade, buscando atingir as metas e resultados, mesmo que estes não façam sentido para seu território; e ‘alienação’ da sua humanidade quando executa apenas uma função gerencialista, sem levar em consideração a subjetividade das relações.

Paralelamente a estas reflexões, percebe-se ainda, para as gerentes iniciantes, que a

gerência é considerada uma “promoção” e para algumas a única forma atual na APS do Rio de Janeiro, para aumento salarial (mesmo que ainda esteja aquém do valor que julgam justo frente as atribuições). É visto também como um local temporário de aprendizado, potencialização de currículo e ampliação das relações para que, em um futuro não distante, possam ocupar outros níveis de gestão na CAP, OSS ou SMS-RJ.

Entre a maioria das gerentes enfermeiras, houve uma descrição de uma espécie de trilha na APS, iniciando como enfermeira de equipe (uma foi técnica de enfermagem de equipe antes de se tornar enfermeira), passando por Responsável Técnica e posteriormente se tornando gerente, sendo a maioria, gerentes da própria unidade que já atuavam. Este último aspecto inclusive, foi o fator que mais pesou segundo o relato das entrevistadas, visto que já conheciam a equipe com quem iriam trabalhar e se sentiam apoiadas. Foram impulsionadas, e se viram anteriormente, por muitos momentos sozinhas (sem gerentes, ou seja, já executando a função de gestão). Assumir a função de gerente, foi oficializar uma liderança que já exerciam em suas unidades e que traria mais segurança para suas equipes do que vir “alguém de fora”.

Não foram entrevistadas nesta pesquisa, gerentes que já foram Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas destaca-se aqui o crescimento de profissionais assumindo cargos de gerência na cidade que percorreram um caminho de formação a partir de suas contratações em Clínicas da Família iniciadas como ACSs. A proporcionalidade ainda é pequena, porém pode-se afirmar que as CFs também têm desempenhado um papel motivador para formação em saúde de seus profissionais, especialmente os moradores de comunidade.

Quando se analisa as respostas das gerentes com mais de 5 anos, percebe-se que a relação de confiança criada com as equipes e especialmente o reconhecimento do território, são os motivos que mais se repetem, além do forte sentimento de pertencimento por terem participado de todo movimento de expansão da Atenção Primária no Rio de Janeiro. Há uma admiração pelo Secretário de Saúde Daniel Soranz, pela construção desta história e por ter acompanhado o engajamento e dedicação para inauguração, expansão e funcionamento das Clínicas da Família, já que vivenciaram o funcionamento dos serviços de saúde na cidade anteriormente. Estar próxima dos usuários e se perceber no papel de possibilitar a ampliação de Acesso à Saúde, apareceu em todas as respostas das profissionais com mais de 5 anos que responderam a entrevista.

Com base nas respostas deste eixo temático pode se afirmar que há uma diferenciação na motivação na atuação enquanto gerentes entre as iniciantes e as experientes. Percebe-se uma evidência na relação e motivação proveniente do vínculo construído com equipes e com território entre as gerentes com mais de 5 anos, enquanto que dentre as gerentes com menos de

um ano, são destacadas motivações mais técnicas e objetivas.

4.6.2 Eixo temático: Formação e Atribuições

Antes de compreender como as gerentes percebem ou executam suas atribuições, buscou-se sistematizar o processo de formação até o exercício da função da gerencia.

Ximenes e Sampaio (2007), citam a reflexão trazida pela OMS já em 1993, em que critica a formação dissociada das necessidades de saúde da população. A situação da formação voltada para o modelo biomédico e clínico nas graduações de saúde, com pouca reflexão sobre as ciências sociais e humanas, se traduzem até hoje nas dificuldades de desenvolvimento de habilidades gerais voltadas para questões econômicas, sociais, culturais e políticas, que por muitas vezes são a base do trabalho das gerentes.

A atuação na ESF exige uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à gestão sanitária, ao cuidado de famílias, sujeitos e populações, ao manejo das determinações e conseqüências sociais, ao território de atuação, às concepções e práticas de saúde. Tais conhecimentos, muitas vezes, não são oferecidos durante a formação na graduação, levando os profissionais a se especializarem em várias áreas para dar conta de um processo de trabalho vastíssimo na ESF. (Ximenes Neto & Sampaio, 2007, p. 691)

Partindo da premissa da formação deficitária das graduações, especialmente nas lacunas formativas para gestão, foi percebido que todas as gerentes expressaram a ideia de que a gerência, da forma que é exercida nas CF do Rio de Janeiro, só é aprendida na prática cotidiana. Uma das gerentes, comentou no início de sua fala, que se houvesse curso ou treinamento para a gerencia de ‘clínicas da vida real’, todos “*desistiriam antes de entrar*” (tamanho a pressão entendida por esta profissional, ao refletir sobre sua profissão).

“Eu não sei se existiria alguma formação que preenchesse essas lacunas! Acho que nenhuma formação daria conta, a minha graduação não deu, fiz a residência e depois fiz mais um ano de especialização e sinceramente não dá conta, então não sei sinceramente se é a formação que te prepara, que vai servir para um cargo de gerente, acho que nenhuma, do jeito que é hoje, acho que nenhuma formação me prepararia (...) eu não vejo como a graduação poderia me preparar para ser gerente, porque se houvesse alguma preparação, se as pessoas entendessem, acho que as pessoas não entrariam, então acho que tem, de algum modo existe uma intencionalidade de não ter pessoas que se acham preparadas totalmente para isso.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante.)

Campos (2000) reforça a ideia da função pedagógica na gestão de coletivos, uma vez que é preciso expandir o pensamento para além da produção de bens e serviços. Quando a entrevistada 2 fala que não sabe se alguma formação responderia ao que se é vivenciado nos

serviços, traz a reflexão da importância da formação contínua, entendendo a subjetividade presente nas relações. Desta forma, tal qual é destacado pelo autor, esse aprendizado que na verdade se constituirá a partir da troca, adaptação e reconstrução de saber, se dá a partir dos espaços com função pedagógica e terapêutica.

As respostas das gerentes enfermeiras sobre lacunas formativas levaram em consideração que durante a graduação cursaram disciplinas voltadas para administração, que mesmo, na maioria das vezes, sendo voltadas para o setor hospitalar, foram importantes tecnicamente para a formação para o exercício da função. Todas as gerentes não enfermeiras disseram que durante a graduação não tiveram nenhuma formação específica para gestão, sendo necessário buscar ainda mais, outras formações complementares que se aproximassem tanto da APS, quanto ao exercício da função.

“Durante a graduação eu tive disciplinas de administração em cinco semestres, então eu acho que eu recebi uma boa gama de informações, ainda que informações básicas que viessem me subsidiar para que eu pudesse desenvolver a função a única crítica que eu tenho aos cursos de formação é que toda lógica administrativa que é ensinada nos cursos da área de saúde eles têm de ser voltados para a administração hospitalar pelo menos na minha grade, (...), então isso é uma falha na minha opinião e por mais que a gente desenvolva habilidades de ensinar ferramentas de gestão e capacitar possíveis gestores, parte do projeto é o tato, parte daquilo que a gente adquire e é no tato, é no dia a dia, então eu acho que por mais que a gente venha qualificar a formação desse profissional vai ter coisa que ele vai precisar adquirir no cotidiano do trabalho.” (Entrevistada 1 – Gerente Iniciante)

A entrevistada 1 (acima) traz que sua formação em enfermagem contribuiu com o exercício de sua função, porém faz uma crítica a construção da grade curricular voltada para a administração hospitalar e não para serviços de saúde de forma geral. Ainda que tenha contribuído para base da sua compreensão de gestão, esta gerente (que mais identificou relação da sua formação em graduação e a prática exercida), também relata de que só é possível aprender no dia a dia e na vivência do trabalho em loco. Contrapondo a esta fala, outra gerente enfermeira faz a colocação de que foi aprendendo com outras experiências ao longo da sua vida profissional (fora da Atenção Primária, mas de alguma forma ligada a gestão), porém destaca que alguns temas importantes para o seu cotidiano profissional ainda são lacunas de sua formação em sua percepção.

“gestão de pessoas, gestão de conflitos, a tão falada inteligência emocional, gestão do tempo, tudo isso faz muita falta. (...) eu acho que o que a gente vive como gerente, só alguns gerentes criando mesmo (um curso), porque a rotina é muito diferenciada.” (Entrevistada 9 – Gerente Experiente)

A fala da 9ª gerente entrevistada, traz elementos que apareceram em outras entrevistas

e que estão relacionadas a influência do mundo corporativo na organização do trabalho dos gerentes das CFs do Rio de Janeiro. Temas que possivelmente ainda não fazem parte das grades de formação profissional, mas que vem ganhando cada vez mais espaço, impactados pelo gerencialismo (nesta perspectiva os treinamentos por coaches comentados no início deste trabalho, ganham forças). Corroborando o sentimento da falta de formação específica para o cargo e da ideia de que só seria possível aprender a ser gerente na prática do serviço, está a fala da necessidade de formação pelos pares, ou seja, por outros gerentes ou por profissionais que recentemente estavam nestes cargos, visto que se trata de uma experiência muito específica da realidade das Clínicas da Família do Rio de Janeiro, no atual modelo de gestão.

Outra característica que apareceu nas respostas sobre as lacunas formativas, estavam relacionados a base da formação. Todas as gerentes que não possuíam graduação em enfermagem, informaram que sua formação estava muito distante da atual função, no entanto, destacaram que sua formação profissional foi importante para sua formação pessoal, à medida que se percebiam mais politizadas e também com um olhar mais ampliado, crítico, zeloso e com necessidade permanente pela busca de novos conhecimentos que serviriam de base técnica para seu trabalho. Neste sentido faziam menção ao campo das relações, que para a gestão é tão importante quanto a técnica.

“Nossa é muito distante,(...) a minha pessoa tem esse diferencial, vamos dizer assim, o zelo, o cuidado, a preocupação, acho que isso a minha formação profissional conseguiu aguçar ainda mais em mim, mas a questão da gerência eu não tive nada, eu tive que correr muito atrás para conseguir dar conta, até hoje eu preciso correr muito atrás, porque as coisas vão mudando em tempo real, eu costumo dizer aqui que a gente começa um turno de um jeito e às vezes nesse mesmo turno, três situações diferentes já precisaram ser alteradas, mas eu acho que é isso, é a tranquilidade, eu posso ser um turbilhão por dentro, mas eu tento passar para minha equipe uma tranquilidade”
(Entrevistada 10 – Gerente Experiente)

Mesmo as gerentes que relataram ter alguma formação que favorecesse sua atuação, também trouxeram a necessidade de formação na prática e na vivência do serviço. Esta questão está muito relacionada a característica da dinamicidade do processo da gerência das Clínicas da Família do Rio de Janeiro. A velocidade que as orientações mudam e a facilidade no acesso aos profissionais (através de WhatsApp, já que existe grupo para tudo e todos), faz com que seja necessário uma atualização e aperfeiçoamento constante. Paralelo a isso e já pensando na questão seguinte, atualmente as gerentes executam uma série de funções de diferentes segmentos, e que na maioria das vezes não são treinadas antes de assumirem o cargo, no entanto, são cobradas na prática do dia a dia para que deem conta de respostas que estão inerentes ao cargo.

Traçando um paralelo com as atribuições trazidas pelos 121 gerentes que responderam ao questionário anteriormente apresentado aqui nesta pesquisa, em que mediação de conflitos aparece em primeiro lugar entre as atribuições mais executadas, apesar de atualmente já existirem diversos cursos sobre a temática, percebe-se que nenhuma das gerentes se sente treinado ou preparada para lidar com todas as situações, e que apenas a vivência a fará uma gerente com maior habilidade neste segmento.

Ainda sobre o tema da mediação de conflitos, ao responderem sobre as atividades mais desempenhadas no seu cotidiano, este é um tema que aparece predominantemente enquanto o que mais lhes ocupa, entre as gerentes iniciantes. Já as que estão há mais tempo, não trazem esta atividade como principal, seja por ter uma equipe ou unidade “mais organizada” em sua percepção, seja por ter um maior envolvimento com o território e reconhecimento dos usuários, seja por entender que acolher e ouvir o usuário é uma atribuição implícita ao seu processo cotidiano de trabalho, não a classificando como ‘conflito’. Seja por qual motivo for, pensar que mediação de conflitos é o que o gerente mais percebe que desempenha, ou é o que traz mais angústia a ponto de ser a primeira atribuição respondida, remete ao questionamento sobre o funcionamento das Clínicas da Família: o que estaria gerando tantos conflitos? As respostas com certeza serão inúmeras, e já tem mestrando (ex gerente) escrevendo sua dissertação de mestrado focado neste tema especificamente nas UBSs.

“Primeira coisa de imediato é mediar conflitos, conflito de profissional x profissional, profissional x paciente, paciente x paciente, profissional x controle social, controle social x profissional e eu não consigo dizer que a gente media A, B ou C de conflito, a gente media todos eles” (Entrevistada 1 – Gerente Iniciante)

É inegável que a gerente representa um elo estratégico na organização do trabalho e produção de aprendizagens diante de toda complexidade inerente ao campo da saúde. Está implícito em seu cotidiano, os fluxos cruzados, situações imprevisíveis que ocasionam problemas inesperados e que não serão resolvidos simplesmente através de conhecimentos prévios ou técnicas padronizadas. Espera-se que esta profissional mobilize criativamente recursos disponíveis para solucionar problemas e não se coloque numa posição imóvel diante das dificuldades. (Pessoa, et al., 2011)

Ainda sobre mediação de conflito, há também uma percepção de um termo utilizado por algumas entrevistadas como “gerente bombeira”, que fica grande parte do tempo resolvendo problemas pontuais que impactam no funcionamento da unidade como um todo.

“Ah perco muito tempo apagando fogo na Unidade, eu acho que isso consome quase 60% do meu tempo, da hora que eu chego às 7:00 da manhã eu apago o fogo aqui, quando eu vou sentar para resolver alguma coisa, ler meus e-

mails, aparece uma outra coisa, então eu acho que a primeira coisa é apagar incêndio na Unidade, é um computador, é um paciente que está reclamando que não foi atendido.” (Entrevistada 5 – Gerente Iniciante)

Interessante perceber que nas falas o fogo em geral é o usuário e a bombeira, a gerente. As planilhas, e-mails, mensagens no WhatsApp e cobranças imediatas funcionam como uma espécie de combustível para que esse fogo se alastre ainda mais, quando deveriam ser a água que a ajudaria a controlar.

“Ah é difícil, acho que são as pessoas né, as pessoas que te param para querer conversar, às vezes uma equipe que está atolada e não conseguiu ajudar o usuário e aí para não virar até a ouvidoria, então a gente tem que apagar fogo né, apagar os incêndios e aí você fica horas nessa conversa, você tem um monte de coisa para fazer, e-mail para responder, planilha para fazer, matriz para montar, setores para compensar, fazer reuniões de equipes e aí isso acaba te tirando do seu foco, porque é o seu trabalho, você é gerente do lugar e as pessoas vão querer te procurar.” (Entrevistada 7 – Gerente Iniciante)

Campos (2005) quando reflete sobre a Humanização da Saúde, afirma que o processo burocrático gera um embrutecimento das relações interpessoais no SUS, sendo entre profissionais ou destes com os usuários. Esta situação pode interferir no funcionamento dos serviços de saúde à medida que tende a restringir o envolvimento das equipes em produzir saúde. Relacionando ao caso do exemplo das gerentes bombeiras, em suas visões, pode-se entender que quanto menor o fogo (ou as relações com os usuários queixosos), o processo de trabalho tenderia a ser mais fluido.

Dentre as gerentes mais experientes, o planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho em gestão aparece com maior clareza nas respostas ao comentarem sobre as atividades que desempenham em sua unidade.

“As planilhas para ir acompanhando, porque as metas tem que ser batidas e elas também precisam ser batidas no final do mês, então eu faço toda semana, para poder acompanhar quem faltou, que não faltou, então as planilhas para acompanhamento dos meus cuidados, das minhas metas e toma bastante tempo.” (Entrevistada 6 – Gerente Experiente)

Apesar dos diversos atravessamentos relatados pelas gerentes, também foi comum a fala do envolvimento da equipe no trabalho e do desejo da realização da gestão compartilhada. Algumas relataram as tentativas de incluir a equipe cada vez mais na tomada de decisões, outras, com mais tempo na gerencia, afirmavam já ter alcançado uma maturidade com a equipe que a possibilitava reservar um horário de forma sistemática para que o compartilhamento dos saberes

e experiências fizessem parte do processo de gestão. O Manual dos gerentes, reforça a necessidade da qualificação dos gerentes e aponta a necessidade de que os mesmos reconheçam os instrumentos e ferramentas mais importantes para o seu trabalho, que viabilizem a identificação de potencialidades que otimize o trabalho da equipe, criando novos líderes objetivando o exercício da gestão compartilhada, servindo de exemplo de conduta para um trabalho eficiente que vise a melhoria da qualidade do serviço ofertado em sua unidade (Pessoa et al., 2011).

“Olha o que eu mais fazia era controlar meus indicadores, eu tava numa fase em que eu estava podendo sentar e avaliar esses indicadores, então depois de tantos anos eu já estava nessa fase de poder sentar, eu tinha esse tempo, eu pegava um horário para fazer isso, então isso era uma das coisas que eu mais fazia e tinha um tempo reservado para estar dando esse retorno, esse feedback com as minhas R3, a gente sentava e fazia mesmo a gestão da Unidade, então a gente dividia o que a gente podia estar compartilhando e como a gente poderia estar construindo, levando isso para a equipe.” (Entrevistada 3 – Gerente Experiente)

Quase todas as Clínicas da Família possuem apenas uma gerente, que é responsável pela funcionalidade de todos os serviços da unidade (mesmo que não execute todas as atividades que ali acontecem), ocasionam para as gerentes uma sobrecarga de trabalho e a sensação de insuficiência para executar e responder a tudo que lhe é demandado.

“acho que lidar com manutenção, organização de engenharia clínica, de manutenção predial, manutenção estrutural, acho que todas as atribuições, acho que um dos problemas que eu enxergo na função de gestor da APS é, a gente precisa lidar com tudo, você vê em outros segmentos organizacionais privados, você tem uma pessoa responsável pela manutenção predial, alguém que é responsável pela engenharia clínica, alguém que é responsável pelo RH, alguém que é responsável pela análise e indicador, aqui não tem isso aqui, a gente tem o apoio do administrativo, dos RTS, mas no desenho do projeto quem é responsável por tudo isso é a gerente.” (Entrevistada 1 – Gerente Iniciante)

Todas as gerentes relataram sobre a dificuldade em executar e dar respostas a tudo e ao mesmo tempo, e de quanto isso impacta no seu desempenho de acompanhamento do que de fato implica em saber técnico, para o apoio à equipe e cuidado em saúde. A ideia do “gerente Bombril” (mil e uma utilidades) vem junto com a sensação de fracasso por não se perceberem desempenhando sua atribuição plenamente.

“eles pedem alguma coisa relacionada a elétrica, eu não sou eletricitista, se a empresa que vem fazer a manutenção não vai conseguir resolver, ela faz o relatório entrega para os administrativos e pronto, não tem que parar aqui de fazer uma coisa técnica para ver que a tomada não acende e eu não tenho que saber porque a tomada não acende e aí a empresa tem que fazer um relatório e entregar para OS. Eu não posso ser eletricitista, encanador, fazer pintura, “Ah você não viu isso, você não viu aquilo!” eu até sei um pouco já, porque

já está servindo para minha formação, para minha casa, quando alguém fala alguma coisa, tipo o ar queimou, tá desarmando o disjuntor, deve ter alguma coisa, algum problema, é uma sobrecarga eu não sei, será que eu tenho que estudar sobre a sobrecarga do disjuntor, eu sou meio maluca, acabo olhando, estudando porque eu tenho que ter uma justificativa técnica para fazer um parecer técnico para o engenheiro técnico, (...) aí quando você vai ler a atribuição do gerente eu não consigo monitorar nada, olhar o indicador, olhar se o nome da vacina tá lá ou se saiu o nome da vacina,” (sobre o indicador de vacina) (Entrevistada 4 – Gerente Experiente)

É interessante perceber nas respostas das gerentes experientes, como na apresentada acima, o quanto as multifunções ou a polivalência da gerencia acabam implicando em sua vida pessoal, seja no que aprenderam para ampliar seu escopo de trabalho, seja na sensação de estar o tempo inteiro sob pressão e tomada de decisões, como no relato a seguir.

“Eu acho que os usuários eles vem também com problemas e eu falo muito na reunião que a gente precisa respeitar o tempo, porque eu não sou sua gerente de RH, eu preciso de cuidados, indicadores, de manutenção, então eu sou uma pessoa lógico que eu tenho uma rede de apoios aqui, mas eu sou uma pessoa a todo tempo com poder de decisão, quando eu chego em casa eu não quero decidir nada, porque são muitas horas pensando no que eu vou fazer, tem coisas lá que eu não consigo dar conta no momento, aí eu preciso pensar, porque tem RH, insumos e eu tento fazer tudo naquele momento e eu tenho pouco tempo para pensar. (Entrevistada 10 – Gerente Experiente)

Outro ponto evidenciado sobre as atribuições das gerentes e suas percepções, são os atravessamentos de solicitações que chegam e precisam ser respondidas imediatamente, não sendo possível organizar e executar uma semana padrão. Demandas externas, planilhas, informações do prontuário, reuniões de uma hora para outra, treinamentos, são sempre informados como urgentes, mas não necessariamente representam urgência para o território ou para o cuidado em saúde, em geral a urgência é administrativa.

“Eu acho que também falando de forma bem direta, atender algumas demandas que surgem da CAP ou da secretaria, que surgem de forma abrupta, coisa de eu preciso entregar essa informação, preciso agora e tem que ser agora isso atravessa um pouco aquela organização que a gente tem no começo do dia, hoje pela manhã eu vou fazer A, B, C ou D e no meio disso entra uma solicitação pela janela e a gente precisa organizar isso.” (Entrevistada 1 – Gerente Iniciante)

Dentre os atravessamentos e demandas urgentes ou imediatas que perpassam o trabalho das gerentes, as ferramentas ligadas as mídias sociais ganharam bastante espaço nas respostas. Atualmente todas as unidades são direcionadas pela SMS-RJ a terem de forma ativa, ao menos uma conta no Facebook, Instagram e Twitter para ampliação na comunicação com os usuários e divulgação das atividades desenvolvidas. Além destas mídias, o WhatsApp ganha cada vez

mais espaço institucionalizado enquanto canal facilitador de comunicação. Todos os gerentes se mostraram favoráveis a utilização de meios que facilite o acesso, no entanto, há um questionamento sobre a falta de limites ou até mesmo a necessidade de criação de critérios institucionalizados, preparação ou padronização destes canais para os usuários.

“eu acho que o WhatsApp tem que ser algo pautado, (...) o WhatsApp é uma coisa louca de você olhar e ter o processo de trabalho que ninguém discute de ser dentro do WhatsApp, agora a gente tem WhatsApp de suas equipes, o agendamento de consultas por WhatsApp que é outra coisa, a gente começou o agendamento pelo WhatsApp, mas ninguém tá preparado para isso, para essa conversa, essa comunicação com a colocação pelo WhatsApp. Um dia a gente tava recebendo todo mundo aqui e no outro dia você tem o número de telefone, você tem que responder.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

Ainda sobre o WhatsApp enquanto meio de comunicação, segundo as gerentes entrevistadas, é importante que se faça uma reflexão sobre suas potencialidades e seus limites. Atualmente utiliza-se de forma indiscriminada no sentido de se tratar de todo e qualquer assunto e sem que haja limitação nem mesmo do horário. Apesar de ser compreendido atualmente enquanto atribuição para e por estas gerentes, seja no sentido de receber as demandas para sua atuação (cada vez se utiliza mais esta ferramenta enquanto meio rápido para comunicação em detrimento das oficializações por e-mail), seja na perspectiva de ampliação de acesso a unidade (em que precisam organizar e treinar suas equipes para as respostas adequadas as mudanças na acessibilidade), é preciso entender que limites podem e devem ser associados.

Há uma crítica entre as profissionais, no sentido de que até recentemente, as comunicações eram realizadas com os números pessoais dos profissionais, porém desde o início deste ano, todas as unidades receberam um celular com WhatsApp para todas as equipes de Saúde da Família. Ainda que a ferramenta esteja disponível para as unidades, os profissionais precisam de treinamento, e isso demanda ainda mais uma função, para além de ensinar, monitorar periodicamente, se as respostas e a tratativa com os usuários estão adequadas enquanto instituição.

Paralelo a crítica supracitada, uma das entrevistadas destacou a tratativa com os gestores por estes meios de comunicação. Estas profissionais estão em diferentes grupos, tanto internos em suas unidades, quanto com território, CAP, OSS e SMS-RJ e são demandadas por este meio a qualquer momento e de todas as formas.

“Eu acredito que é a forma em que a própria secretaria se reporta a nós, por exemplo, o nosso secretário nos grupos de WhatsApp, eu acho que ele precisa melhorar a relação dele principalmente com o gerente, porque a gente percebe que ele fala com muito cuidado com o usuário, com algumas categorias profissionais, um exemplo, médico e com o gerentes é de uma forma muito à vontade, de repente ele se sente muito à vontade com a gente e

ele tem essa tratativa muito mal elaborada com o gerente, eu acredito que ele como um gestor, um líder, ele precisa melhorar essa comunicação com o gerente, porque a nossa motivação é interna, é diária, nós já temos tantos obstáculos, tantos desafios e eu acho que ele pode contribuir pelo menos para melhorar essa comunicação e tornar ela assertiva com relação ao gerente.” (Entrevistada 9 – Gerente Experiente)

De forma geral, as respostas sobre as atividades ou atribuições desempenhadas pelas gerentes entrevistadas seguiu a mesma linha do que já haviam respondido no coletivo ao questionário aplicado anteriormente. A mediação de conflitos foi a atribuição mais citada, seguido da fala da polivalência indicando múltiplas funções (RH, parte estrutural, insumos, internet, etc.). Monitoramento de indicadores também recebeu destaque, sendo, no entanto, relacionado a um sentimento de frustração por não se aprofundarem com suas equipes, visto os constantes atravessamentos por outras demandas ditas como urgentes. Respostas aos e-mails, planilhas, das próprias mídias sociais, aparecem em repetição, bem como o acolhimento aos usuários (que para alguns é visto como um dificultador para realização do planejamento de suas atividades).

Por fim, ao serem questionadas neste bloco, sobre possíveis dificuldades na execução das suas atribuições, as gerentes em sua grande maioria responderam não ter, porém com a quantidade de demandas, acabam não conseguindo focar em suas prioridades. Dentre as dificuldades relatadas, a não autonomia ou falta de governabilidade para resolver diversos problemas foi a mais citada, desempenhando apenas a mediação das solicitações (seja para CAP ou para OSS).

“a dificuldade é chegar a um término, os demais também fogem da minha governabilidade, por exemplo, eu preciso da manutenção, eu fico em cima da manutenção, mas também não cabe a mim resolver, então eu dependo de outros, o laboratório também, eu dependo deles, então eu faço tudo que eu posso, tensionar as instâncias, relatar ver as evidências, cobrar, estar em cima, mas também não é minha governabilidade dar o laudo do exame, então o que tá na minha governabilidade geral eu consigo tocar sim.” (Entrevistada 8 – Gerente Iniciante)

A necessidade de envolver CAP, OSS, SMS-RJ, lideranças ou equipe para executarem todas as suas atribuições, pode ser relacionada a reflexão sobre apoio. Buscou-se compreender se existia Apoio Institucional e qual seria a percepção destas gestoras, que em sua maioria (dentre as entrevistadas) falaram sobre a gestão solitária e a necessidade de pares.

Apesar do objetivo da pergunta estar direcionado para uma compreensão de um Apoio Institucional externo, pode se afirmar inicialmente que o gerente é visto enquanto apoiador internamente por sua equipe, quando se compreende, como Campos (2003) sugere que o apoio

visa articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses de trabalhadores e usuários.

Como já dito anteriormente, na organização da APS no Rio de Janeiro, estão as Coordenadorias Gerais de Atenção Primária e as Organizações Sociais de Saúde, divididas por Áreas de Planejamento. No organograma das duas instituições estão previstos profissionais que atuem com a função de apoiadores das unidades de saúde. Pela OSS o cargo destacado é o de Supervisor Técnico e pela CAP é denominado de Apoiador Institucional. Pelas entrevistas é possível identificar que a nomenclatura atribuída ao cargo não necessariamente corresponde a forma inicialmente preconizada, visto que a função do apoiador, é muito maior do que um cargo institucionalizado.

Percebe-se a importância do reconhecimento de pares entre as gerentes, seja na troca de apoio que uma mantém com a outra da mesma área (e em alguns momentos fora dela, como no grupo do WhatsApp, de gerentes do município), seja na figura de pessoas que já foram gerentes e agora ocupam outros cargos. O reconhecimento da promoção pelo desempenho de um bom trabalho por parte das gerentes, e o apoio concreto exercido por estes profissionais que outrora estavam nesta função, aparece de diversas formas nas respostas.

“Geralmente com supervisor de área, supervisor da OSS! Supervisor de território da CAP poucas vezes foram, poucas vezes tiveram ali, até na outra Unidade eles iam, mais foi uma outra gestão, foi uma outra fase a gente tinha essa visita mensal OK, depois nesses 8 anos nessa outra Unidade pouquíssimas vezes eu tive a visita de apoiador da CAP e não foi nenhuma ou outra gestão foram em todas as gestões que passaram, não tive esse apoio mesmo, era um apoio por telefone era apoio de e-mail ou se a gente precisasse ia até lá mas na Unidade não tinha isso.” (Entrevistada 3 – Gerente Experiente)

Os supervisores das OSS foram citados por quase todas as gerentes que responderam se sentirem apoiadas. Atualmente no município do Rio, praticamente todos os supervisores são ex gerentes, desta forma há uma aproximação e compreensão melhor dos papéis de cada um, além da vivência que parece refletir no que se entende como apoio por estas profissionais. Foi percebido que a CAP sempre é citada como uma instituição distante do apoio concreto as gerentes, atuando apenas quando é demandada em linhas de cuidados fragmentadas. Em geral estes apoiadores são reconhecidos como supervisores temáticos com ajudas ou intervenções pontuais. Quando as gerentes citam a CAP enquanto apoio falam diretamente do (a) coordenador (a) que em todos os casos mencionados também foram gerentes.

“Minha supervisora dentro da organização social que eu acho que é, eu não entendo que isso deveria ser o papel dela, eu acho que tem uma questão de características pessoais, de ser uma dupla de supervisores muito disponíveis, que por ter sido gerentes trazem com eles essa cultura da demanda infinita e de se responsabilizar para tudo o tempo todo, então eu acho que nos cabe

bem como gerente ter essa figura. (...) eu sinto que eu tenho uma coordenadora, uma coordenação e assessora que apoiam (...), não vem para mim como uma figura da cobrança, eu entendo que ela faça muito no espelho porque o que ela faz para todos os gerentes é um pouco do que a gente precisa fazer para a equipe.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

Campos (2003) ao abordar o apoio institucional, discute sobre a articulação dos saberes, desejos e objetivos comuns que visam o estreitamento das relações. “Quem é apoio sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro, sendo também sustentado. Tudo junto e ao mesmo tempo” (Campos, 2003, p. 3). Com esta percepção de apoio com afeto e envolvimento, não foi mencionado nenhum profissional que atue especificamente no cargo com mesma nomenclatura.

“hoje no apoio só a minha assessora técnica da OS (...). Ela tem uma pegada para mediar conflito que eu não sei como é que ela consegue em tantas Unidades eu tento ocupá-la o menos possível, ela me apoiou demais. (...) fui pro Dica (CAP) duas vezes tentar apoio, mas quando chegava lá eu não tinha apoio produtivo, (...), eu tenho uma boa relação, quando eu preciso de uma ajuda, (...), peço para as meninas eles tentam apoiar eu tenho essa boa relação com eles, mas presente de apoio, presente de vir aqui só supervisora da OS.” (Entrevistada 4 – Gerente Experiente)

Tanto as novas, quanto as gerentes mais experientes têm a mesma percepção enquanto apoio: Veem na supervisora da OSS e na coordenadora de área o que compreendem com este sentido. Essa visão não mudou entre as gerentes entrevistados com diferença de tempo de serviço. O que muda é a insegurança de início de gestão que ocasiona a necessidade de a gerente demandar um pouco mais sobre o processo de trabalho.

“Eu acho que eu sou bem apoiada pela minha coordenação, a coordenação tenta estar sempre muito presente, no primeiro momento eu não me sentia muito apoiada, mas hoje eu acho também que é porque eu estava aprendendo, tentando entender meu lugar, o que significa né, então hoje eu sinto que eles me apoiam, eu tenho um coordenador que é muito presente, sempre se coloca à disposição, gosta muito de dividir problemas (...) eu tenho uma assessora também, que que é responsável pela Unidade, (...), responsável pela (linha de cuidados), só que eu não sinto como apoio, sinto mais como uma cobrança. Fala: ‘não tem planilha e tal’, então não é apoio né, é o contrário.” (Entrevistada 5 – Gerente Iniciante)

Algumas gerentes responderam claramente sobre não se sentirem apoiadas e sim ajudadas em questões específicas conforme fossem demandando. Nesta linha, foi perceptível que as gerentes mais experientes relataram demandar pouco ou até mesmo que evitam pedir ajuda, seja pela exposição que esta solicitação pode causar, seja pela compreensão de que deveriam elas mesmas, resolverem todos os problemas que surgiam junto a sua equipe. Algumas gerentes consideraram o pensamento de que quem poderia apoiar-la (supervisor da

OSS), estaria sobrecarregado com outras questões e não queria ser mais um “problema”.

Todas as gerentes comentaram sobre a relação e o sentimento de apoio que recebiam de suas equipes. Algumas citaram os Responsáveis Técnicos e outras o quanto o conhecimento técnico de suas equipes (em especial das unidades com maior fixação profissional) facilitavam seu processo de gestão e potencializavam uma condução mais compartilhada, baseada em troca, afeto e confiança. Isto reforça o que Campos (2003) traz quando fala que o “Apoio parte da pressuposição de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder” estando assim o gerente na função de apoiado e apoiador.

Pensando na gerente como Apoiador de equipe, retoma-se o método Paidéia proposto por Campos (2003), que valoriza as diferentes relações entre os sujeitos na busca por relações construtivas. O autor reforça ainda a gestão democrática considerando a experiência, o desejo e os interesses dos diferentes atores sociais que não exerçam diretamente as funções inerentes a gestão e aqui se destacam as gerentes experientes quando relatam suas formas de gestão compartilhada.

Em geral CF com mais de 7 equipes, violência urbana potencialmente presente e com residência, costumam demandar um olhar mais próximo das instituições (CAP e OSS), com isso, outras unidades que não entram neste quadro, acabam se percebendo em uma espécie de segundo plano, se mantendo mais isoladas e com menos apoio externo.

“Olha tem algumas pessoas que vão e ajudam mais, mas é mais quando a gente solicita, às vezes é da CAP às vezes é da OS, mas é mais quando eu peço, porque lá a gente não tem tantos problemas, então também acaba que não fica muito visado lá na CAP, eles não ficam lá direto, geralmente chegam coisas que a gente quer que chegue para eles, então é mais quando eu peço mesmo.” (Entrevistada 7 – Gerente Iniciante)

Houve uma fala que chamou a atenção, de uma gerente que comparou o apoio entre as CAPs que já trabalhou. Na atual área que está atuando, não se sente apoiada “em nada” (nesta AP a coordenadora não é ex gerente) e na anterior se sentia apoiada tanto pela OSS quanto pela coordenação de área (supervisão da OSS e coordenadora de área são ex gerentes).

“Apoio não. Eu não sinto esse apoio da OSS, da CAP eu também não sinto e também não sinto da secretaria. (...) essa ajuda ela ocorre pelo celular a gente não vê essa ajuda física, isso não acontece com frequência não, é muito raro. Lá (na outra CAP) eu me sentia muito mais apoiada lá, eu me sentia apoiada pela CAP, eu me sentia também pela OSS. (...) Agora aqui eu vejo que é um outro contraste, infelizmente.” (Entrevistada 8 – Gerente Iniciante)

Frente ao que foi dito pelas gerentes entrevistadas e entendendo os desafios da formação, execução e apoio a gestão, corrobora-se com a reflexão de Cecílio & Reis (2018),

quando os autores afirmam que além da dificuldade prévia da formação dos profissionais, há de se considerar também o “vazio de atores capacitados” para exercer a função frente as fragilidades já listadas. Desta forma, reforça-se a importância do Apoiador Institucional implicado na função e com a compreensão de que “o SUS precisa produzir atores (os formadores), para produzir os atores que vão produzir a nova política!”

4.6.3 Eixo temático: Expectativas

As duas últimas questões da entrevista estavam voltadas para as expectativas dos profissionais quanto ao futuro, pensando no desejo em permanecer no cargo e outras questões que teriam sobre sua função e que não tinham abordado anteriormente.

Sobre a permanência das gerentes, todas as com mais de 5 anos afirmaram o desejo pessoal de permanecer na função, já as iniciantes na gestão trouxeram algumas questões sobre a valorização profissional e impactos da gestão em sua saúde mental. Quando relacionado a possibilidade de mudança de gestão municipal, algumas, mesmo que com um desejo pessoal em permanecer, afirmaram que não teriam “forças” para aguentar um novo desmonte (pois todas viveram pelo menos duas gestões, mesmo que em outra função).

As gerentes ‘iniciantes’ relacionaram uma possível troca de gestão com um não desejo de viver enquanto gerentes, o desgaste potencializado que passaram enquanto profissionais da ponta, nas equipes. Embora todas as entrevistadas tenham reforçado que entendem estar ali por sua capacidade técnica, foi visível a compreensão das gerentes experientes de que mudanças políticas podem ter impacto em sua vinculação de trabalho, demonstrando certa fragilidade no exercício de sua função.

“Olha a última gestão foi bem complicada né da gestão atual, eu era enfermeira de equipe, então foi muito sofrido, eu lembro como profissão, mas não como o gerente, eu lembro que faltava muitas coisas básicas, tipo papel, máscara e eu fico imaginando gerar uma Unidade daquele tamanho sem base, então isso é muito preocupante, eu fico pensando na minha saúde mental mesmo, que já é difícil a gente tá nesse cargo hoje de gerente, (...), então isso me preocupa.” (Entrevistada 5 – Gerente Iniciante)

Todas as gerentes ao responderem sobre a questão da permanência fizeram questão de mencionar sua capacidade técnica para o cargo, evidenciando o não envolvimento político partidário. Esta situação de indicação de gerentes é comum em outros municípios vizinhos e foi presente no Rio especialmente na gestão do prefeito Marcelo Crivella. A mudança de gerentes só não foi maior, porque havia a portaria que qualificava o perfil do gerente e houve resistência

de algumas coordenações para estas mudanças a partir de indicação sem conhecimento técnico para o cargo.

“Sei que tem muitas questões políticas, mas eu não entrei por política, eu sei que muitos possuem indicações, mas eu não entrei dessa forma eu não fui apadrinhada por ninguém, então eu acho que é o meu trabalho mesmo no meio da população, reconhecimento daquele local, daquele território, conhecendo o seu trabalho, a qualidade do serviço, eu acho que é isso, a minha segurança tá nisso, na minha qualidade de trabalho.” (Entrevistada 7- Gerente Iniciante)

Em geral a fala das gerentes nesta pergunta sobre a permanência no cargo era respondida de imediato com o desejo por continuar na função e em seguida quando questionadas sobre mudanças na prefeitura do Rio, a resposta já não permanecia de forma tão firme. Algumas refletiam sobre o que viveram (falta de insumos, atrasos de salários, intervenções políticas dentro das unidades), outras comentaram sobre o que viver novamente estas situações poderia afetar sua saúde mental. Apesar da clareza do exercício de uma função predominantemente de caráter técnico no município, as gerentes ponderam algumas vezes, sobre um possível desligamento externo por exercerem cargo dito como de confiança, respondendo sempre em tom de dualidade entre o desejo em permanecer a ameaça externa de ser desligada.

“Então, eu gosto da atuação na atenção primária, gosto da função que eu atuo hoje, mas dependendo das condições de trabalho que a gente já vivenciou em outros momentos, eu não sei se eu encararia não, eu até me disponho a mudar de função, a voltar a ser enfermeira, porque eu não sei se eu aguento mentalmente, não sei se a minha saúde mental aguentaria.” (Entrevistada 9 – Gerente Experiente)

O reconhecimento das gerentes sobre a forma de gestão qualificada e técnica na SMS-RJ também apareceu em algumas entrevistas, na medida que apesar dos atravessamentos diários do processo de trabalho, reconhecem profissionais muito engajados e muito dispostos a fazer o SUS e especificamente aqui a Atenção Primária dar certo na cidade.

“Olha a gestão anterior foi muito difícil, a atual me dá muito gás, porque é uma gestão muito ativa, pensa muito para frente eu sou da época que o exame de sangue, por exemplo, levava 3/4 meses para chegar na unidade e hoje a gente vai começar a trabalhar com leitor para o prontuário eletrônico que já recebe o resultado do exame, (...) eu sou muito grata por ter vivido tudo isso, toda essa história de avanço, (...) toda a tecnologia, tudo que ele vem implantando isso dá muita alegria de trabalhar, (...) eu acho que essa gestão ela é muito para isso, muito para valorizar as ferramentas para os usuários, uma autonomia, ter uma transparência, então eu acho que isso foi uma evolução muito boa, mas se eu penso em sair numa nova gestão isso me dá uma desanimada, mas sair não” (Entrevistada 10 – Gerente Experiente)

Atualmente uma gerente que se destaca positivamente em seu trabalho, seja na relação com sua equipe, seja no desempenho de seus indicadores, tem para seu reconhecimento apenas a garantia do seu emprego na gestão municipal em vigência. Não há distinção entre os tamanhos das unidades/quantidade de equipes, nem sobre seu desempenho na gestão, ou seja, a gerente de uma unidade pequena (até três equipes), em área com baixo índice de violência urbana, com boa fixação profissional e UBS de desempenho regular, recebe exatamente o mesmo salário de outra com unidade grande (existem Clínicas no Rio unidades com 14 equipes), em territórios com extrema vulnerabilidade, que apresentam alta performance e melhoria dos indicadores de saúde.

A diferenciação salarial está ligada as gratificações de formação acadêmica. Anteriormente a renovação do contrato de gestão com as OSS que aconteceu este ano, a maior gratificação para uma gerente era a gratificação de R\$2.546,40, enquanto adicional ‘de confiança’. Com a mudança dos contratos, este valor agora está incorporado ao salário base dos gerentes e será demonstrado no próximo subitem deste capítulo (o salário base passou de R\$6.082 + 40% para R\$8.514). A formação por residência pode agregar mais 20% do salário, assim como mestrado, que corresponde a 10% do salário e ao doutorado com a mesma porcentagem que podem ser acumulativas. Esta situação tem ocasionado um aumento de busca na realização do mestrado pelos gerentes e outros profissionais das CFs, tanto para qualificação efetiva, como por ser a única forma atual de agregar aumento salarial. O município tem a liberação da carga horária de 8 horas semanais para o profissional cursar o mestrado, porém, por ser um cargo exercido por um único profissional na unidade, e frente a quantidade de atividades que lhes é demanda, as gerentes referem dificuldade e muito desgaste para realizar qualquer curso, inclusive, sendo um ponto de desânimo para algumas delas.

“eu tô terminando o mestrado, tô no segundo ano de mestrado e eu penso que minimamente eu vou receber essas gratificações, porque eu estou qualificando o meu trabalho, eu não tô fazendo só por fazer, eu tô dedicando meu tempo, dedicando a minha vida para isso (...) será que realmente vai valer a pena continuar como gerente, talvez não! Então não vale a pena ficar sofrendo, que é um cargo que adoce a longo prazo, curto também, mas a longo com certeza.” (Entrevistada 8 - Gerente Iniciante)

Um resultado positivo destas entrevistas, foi que dentre as gerentes entrevistadas, duas que não cursaram o mestrado, se sentiram encorajadas e impulsionadas a participarem do processo seletivo para o Mestrado Profissional em Atenção Primária que abriu inscrição pouco tempo depois de participarem da pesquisa.

Apesar do grande foco no salário enquanto valorização profissional quando se

perguntou sobre expectativas, outros elementos também foram mencionados:

- Revisão de carga horária da gerente: Se as Clínicas da Família funcionam pelo menos 60 horas semanais, como pode um único gerente contratado para trabalhar 40h responder por todo seu horário de funcionamento?
- Contratação de um gerente administrativo: Se a contratação do gerente é com base em um perfil técnico, qualificado, formado na área da saúde, este profissional não deveria passar mais tempo da sua carga horária resolvendo questões burocráticas e administrativas em detrimento do apoio e qualificação técnica de sua equipe;
- Investimento na formação permanente de gerentes: As profissionais iniciam no cargo de gerente sem formação em gestão de Serviços de Saúde e se deparam com uma série de desafios para responder a todas as cobranças que lhe fazem, seja com gestão de pessoas, de insumos, de estrutura, etc... É necessário, qualifica-las previamente para as principais funções, assim que fossem contratadas e realizar treinamentos específicos a partir do que é demandado pelos profissionais;
- Apoio Institucional realmente apoiando e presente;
- Implantação de formas diferentes de valorização profissional;
- Espaços de escuta: A gerente precisa frequentemente pensar no clima de sua unidade e desenvolver atividade de cuidando de quem cuida, porém não percebem espaços para serem cuidadas e até mesmo ouvidas;
- Espaços de trocas e convivência entre gerentes de diferentes áreas;
- Melhoria na forma de comunicação com os gerentes, especialmente em referência aos gestores em cargos maiores;
- Delimitação das atividades e função dos gerentes, sendo construídas coletivamente (com a participação das profissionais);
- Institucionalização das mídias sociais, com critérios básicos para todos os envolvidos (sejam os usuários, trabalhadores ou gestores).

A lista de expectativas apresentada acima foi construída a partir da repetição das respostas por mais de uma gerente de APs diferentes. Há um desejo coletivo atribuído a função, que também está presente junto as relações de afeto do convívio humano, mas que também foi comentada, que mesmo com todas as adversidades, desgaste e pressões sentidas pelas gerentes, a busca pela felicidade no trabalho permanece com todas as profissionais.

“As pessoas precisam saber que a gente deixa o nosso bem maior em casa que é a nossa família e a gente não pode adoecer, eu não posso me permitir adoecer mentalmente, eu não quero porque eu tenho uma lindeza em casa que é minha neta, (...) eu até me emociono, porque quando eu entrei eu não tinha

experiência nenhuma na gestão e me angustiava muito, porque eu me cobrava muito para ser a melhor,(...) eu tenho certeza do que eu tô fazendo, (...), eu preciso ser feliz e é isso, hoje eu sou feliz fazendo o que eu faço e eu acho que eu consigo levar de uma forma leve, respeitosa, com responsabilidade, (...)eu entrego, eu saio de casa para entregar o meu melhor e aí e eu faço isso todos os dias, pode ser que eu não consiga, nem sempre eu consigo entregar o melhor para o outro que tá trocando comigo, mas eu tenho certeza de que eu tentei fazer o meu melhor a cada dia. (Entrevistada 10 – Gerente Experiente)

E é com a busca pela felicidade, compromisso com o SUS, equipe, território e usuários e a reflexão da sua prática profissional efetiva, que as gerentes seguem todos os dias buscando desenvolver seu trabalho cada vez melhor. Mesmo com todas as expectativas positivas e sonhos trazidos aqui, ainda é preciso reforçar o que ficou marcado como a repetição dos “4 Ss”: Sobrecarga, Sofrimento, Solidão e Salário, que permearam todos os eixos das entrevistas apresentadas.

4.7 A REPETIÇÃO DOS ‘4 SS’ – SOBRECARGA, SOFRIMENTO, SOLIDÃO E SALÁRIO

Após a apresentação dos resultados com as entrevistas, entendeu-se como necessário um destaque para as quatro palavras que apareceram de forma recorrente entre as gerentes e que hoje podem simbolizar a categoria: sobrecarga, solidão, sofrimento e salário.

Merhy (2019) traz a reflexão sobre o plano formal que se espera de uma Unidade Básica de Saúde e faz um contraponto com o processo de produção política que envolve os enfrentamentos entre forças que irão permear e definir as práticas tanto dos profissionais quanto dos gestores. Estes enfrentamentos cotidianos desta função, são o pano de fundo para a percepção que estes profissionais trazem aqui.

As forças que estão operando no cotidiano constituem campos de disputa, que se instauram nos atos relacionais do campo da micropolítica, nas relações de poder, nas relações intersubjetivas. O que quer dizer isso? Que é nos encontros, entre gestores, trabalhadores e usuários, nas relações que aí se estabelecem, que se instauram os campos de força, que conformam modos de estar no encontro, constituindo processos de subjetivação. (Merhy, E.E, 2019, p. 71-72)

Entende-se frente a todo o exposto que estas gerentes atuam constantemente sob pressão e tensão, enfrentando sentimentos diários de frustração, angústia, esgotamento, mas também de dever cumprido, de satisfação e o compromisso com o SUS que as fazem retornar no dia seguinte para dar continuidade ao seu processo de gestão.

Ao falarem de suas atribuições e da quantidade quase que ilimitada de atividades desempenhadas, as gerentes trazem uma lista de ações que em sua totalidade são impossíveis

de serem realizadas por uma única profissional carga horária de 40 horas semanais. Nem todas as atividades serão executadas por elas, e há esse reconhecimento pelas profissionais. No entanto, pelo fato de serem cobradas frequentemente e nem sempre terem uma equipe para apoiá-las, é comum esta sensação de **sobrecarga**. Algumas novas atividades surgiram recentemente para as gerentes desempenharem, um exemplo é o monitoramento do fila do SISREG. Apesar de serem de competência da gestão da unidade, até então era atribuição específica do médico Responsável Técnico ou médico regulador. À medida que este profissional não estava conseguindo ser eficiente nesta gestão de listas, a atribuição passou a ser compartilhada (e cobrada) também da gerencia da unidade.

Com tantas novas funções surgindo a cada dia, é interessante perceber que algumas vezes, a quem se destina o trabalho do gerente, passa a ser visto como alguém que atrapalha este trabalho, pois são tantas questões administrativas e burocráticas, que o usuário acaba sendo mais um “fator de interferência” para um bom desempenho do trabalho.

“é importante que a gente tenha nossa figura conhecida na Unidade, que as pessoas saibam quem é o gestor daquela Unidade, mas a coisa também não pode chegar ao ponto de toda hora alguém querer falar com a gerente, o título do trabalho fala muito sobre isso, de falar com a gerente. Eu acho que falar com a gerente mostra a banalização da organização de trabalho da APS de modo que tudo aquilo que não tenha dono tem que ser com gerente e isso é uma coisa que eu sofro toda hora, alguém “espera aí”, “deixa eu falar com você”, “resolve isso para mim”, isso é uma coisa que eu preciso lhe falar, isso me dá uma desorganizada às vezes, de eu estar com tudo planejado que eu vou fazer e o “fala com o gerente” 300 vezes me desorganiza”.
(Entrevistada 1 – Gerente Iniciante)

Há um outro elemento que atualmente se une a sensação de sobrecarga: o **sofrimento** também destacado pelas profissionais, e que também está muito ligado a exposição das profissionais. Campos (2006), já trazia a reflexão de uma herança do Taylorismo, que influencia o pensamento gerencial contemporâneo, quando traz um padrão ou uma “modelagem” a estes profissionais, a partir de uma condução de controle e estímulo a concorrência. A comparação entre unidades, por vezes não considerando a vulnerabilidade e outras ameaças externas, faz com que as profissionais se cobrem cada vez mais para responderem a todas as cobranças (seja por quem for). Além dos indicadores, metas e resultados, as gerentes se veem com uma necessidade de terem a unidade mais bonita, mais enfeitada para algum período comemorativo, ter as melhores postagens em mídias sociais, as mais criativas, que são também estimuladas pela secretaria e compartilhadas pela equipe, coordenação de área e pelo próprio secretário de saúde, atribuindo a este último a maior sensação de reconhecimento do trabalho bem feito, caso este compartilhe ou reposte a sua publicação ou de sua unidade, em suas mídias sociais. Este

desejo ou necessidade de reconhecimento parece estar ainda mais presente na fala dos gerentes iniciantes no cargo e que em geral são mais novos de idade e desde sempre viveram na era tecnológica.

O sentimento de sofrimento, seja por parte do profissional, seja pela sua visão do sentimento de sua equipe é algo que merece destaque, visto que corrobora com a conclusão da dissertação de mestrado de Porciúncula (2015), ao investigar a existência da Síndrome de Burnout entre gerentes.

É essencial perceber que os resultados indicam que mais que 10% dos líderes das unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, encontram-se completamente esgotados, impedidos de realizar seu exercício profissional com qualidade. Estão emocionalmente exaustos, indiferentes às necessidades das pessoas com quem lidam diariamente e plenamente insatisfeitos com o serviço que exercem. Neste contexto, absenteísmo e grande rotatividade entre os profissionais no cargo de gestão, se tornam situações corriqueiras. (Porciuncula, A. M, 2015, p. 62)

Percebe-se nas falas atuais das gerentes entrevistadas, especialmente as mais novas no cargo, expressões e sentimentos de cansaço. Uma das entrevistadas que se emocionou durante a entrevista ao refletir sobre o impacto da função em sua vida, teve uma fala bastante incisiva sobre quanto este processo interfere na sua vida e na das gerentes com quem convive.

“assim que eu entrei eu lembro de uma pessoa que falou: “isso é uma máquina de moer gente” e isso não sai da minha cabeça, fico até arrepiada porque isso ficou e volta para mim o tempo todo, quando eu olho que muitos colegas estão neste lugar de adoecimento (...) esse alerta 24 horas por dia está para todo mundo e eu acho isso bem ruim é muito desmotivador.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

As falas sobre a gestão ser um local solitário foi comum e utilizada como justificativa para o que estavam sentindo. Foi usada em alguns enquanto conformidade a sua reflexão, como algo inerente a função. Algumas gerentes mesmo trazendo a gestão compartilhada em seus discursos, e até mesmo da potência de apoio de suas equipes, faziam um contraponto com esse lugar da solidão.

“meu coordenador falou uma vez para mim, que é uma verdade, é um cargo solitário e é mesmo! Chega um momento que a gente não tem aquele problema, aquela situação com quem compartilhar e hoje eu sinto muita falta disso, de ter uma pessoa que a gente possa jogar esse sofrimento, essa angústia, essa confusão toda que é estar na gerência.” (Entrevistada 5 – Gerente Iniciante)

Pensando nesta sensação de **solidão**, percebe-se o quanto os espaços coletivos para as trocas de experiências e de afetos, ainda precisam ser trabalhados e problematizados, tal como se espera no Efeito Paidéia, já que “a constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das

instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos.” (Campos, 2003, p. 4)

A Carteira de Serviços do município direciona para o trabalho de gestão da unidade para a composição de além dos gerentes, também envolver os pelos Responsáveis Técnicos (um médico e um enfermeiro) que além da função de apoio técnico a gerencia são responsáveis por suas equipes de Saúde da Família. Este fato do acúmulo de funções traz alguns fatores dificultadores nas relações, uma vez que se a gerente entender que estes profissionais estão ocupados com suas equipes (e na maioria das vezes estão muito envolvidos no cuidado em saúde frente a todas as complexidades territoriais), não irão compartilhar as decisões e externar a necessidade de apoio, se sentindo assim, mais uma vez sobrecarregada. As gerentes de clínicas com muitas equipes e que o RT de enfermagem é destacado de equipe, relatam uma facilidade melhor nesse compartilhamento da gestão.

Quanto ao compartilhamento das tomadas de decisão, além dos RTs, a Carteira de Serviços também indica a necessidade e importância da realização de Colegiados Gestores, que apoiados pelo novo Contrato de Gestão com a OSS também passam a ter obrigatoriedade de realização mensal pelo gerente da unidade. O que se percebe na prática, é uma grande dificuldade do envolvimento das lideranças comunitárias nestes processos. Por mais que se entenda a função administrativa (Campos, 2000), que deveria ser exercida por este espaço coletivo, atualmente ele tem retrato mais uma dificuldade nesta organização, do que um apoio efetivamente a gestão, visto o jogo de interesses que permeiam muitas lideranças locais.

Apesar das coordenações de área terem em sua composição profissionais com o cargo de Apoiador, como descrito anteriormente, percebe-se que na ponta, este apoio não chega efetivamente. Como já dito, o Apoiador Institucional não pode ser meramente um cargo. É preciso proximidade, confiança e troca de afeto, e segundo as gerentes entrevistadas, não é isso que vem acontecendo entre estes profissionais.

Uma experiência de Curitiba, descrita por Massuda & Campos (2020), traz uma organização que poderia ser pensada e adaptada para realidade do Rio de Janeiro, a assessoria de apoio à gestão.

Implantou-se no início de governo uma **assessoria de apoio à gestão**, vinculada ao gabinete da SMS, e depois ligada à diretoria de planejamento. Essa assessoria teve objetivo de dar suporte ao desenvolvimento de capacidade gerencial aos novos dirigentes, apoiando desde a composição da nova equipe, o estabelecimento de espaços de planejamento e gestão participativa, a reorganização de serviços com maior dificuldade de funcionamento, além de auxiliar na interlocução com o controle social. (Massuda, A., Campos, G.W.S, 2020, p. 78)

Esta função tem sido desempenhada principalmente pelos supervisores das OSS, que

por sua vez, também se sentiam sozinhos enquanto eram gerentes. No entanto, este apoio também vem acompanhada de algumas cobranças de metas e indicadores inerentes ao cumprimento do contrato de gestão. A assessoria da forma que Massuda propôs em Curitiba, vem acontecendo no município do Rio, desempenhada atualmente por profissionais da SIAP, mas direcionadas para os coordenadores de área.

Esse lugar solitário destacado pelas gerentes, apesar de estar sempre cercado por sua equipe, sempre envolvida em reuniões, sempre ocupada, com certeza está também relacionado as outras influências externas aqui relatadas. Sabe-se dos diversos fatores que influenciam a fixação deste profissional, porém o **salário** é um dos elementos que permeia esta função e que esteve presente relacionado a todos os outros sentimentos já apresentados.

“a gente aqui sozinho respondendo por tudo o tempo todo, tudo em todo lugar e o mesmo tempo, eu acho que não é sustentável isso e aí me parece que vem um pouco essa justificativa da questão salarial não sei se talvez essa seja a justificativa para esse cargo receber essas atribuições e aí entra essa coisa de gratificações mas assim quando a gente no final do mês e mesmo que você recebendo você não consegue fazer nada, que você tá morta de cansada que você é a primeira à chegar e a última a sair da Unidade isso não paga (...) eu acho que uma hora parece que essa conta de escolher entre saúde, família, lazer, e paz vai chegar.” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

Por se tratar do elemento mais concreto e objetivo trazido pelas gerentes, será demonstrado a seguir os cálculos que geram os incômodos relatados. Relembra-se aqui, que a gerente é responsável pela gestão de pessoal da sua unidade, com isso tem acesso a todos os valores, que também estão disponíveis e públicos nos contratos de gestão.

No quadro a seguir estão os salários praticados este ano em todos os contratos de gestão das OSS para os profissionais contratados para um trabalho de 40 horas. Foram colocadas as categorias em maior quantidade ou para análise comparativa, não constando assim todos os profissionais que compõe uma Clínica da Família. A linha referente a ‘outros profissionais de nível superior’ na tabela, correspondem a dentista, farmacêutica e profissionais da E-Multi. Todos os profissionais das CF’s recebem insalubridade no valor de R\$220 que será acrescido no valor máximo total do salário na última coluna do quadro.

Quadro 6 – Valores de custeio do Salário dos profissionais das Unidade de Atenção Primária - 2023

Categoria Profissional	Salário (base)	Resp. Técnica (20%)	Preceptoría (15%)	Especialidade em Saúde Família* (20%)	Mestrado** (10%)	Doutorado*** (10%)	Salário máximo Total
Gerente	R\$8.514	-	-	R\$1.216	R\$851	R\$851	R\$11.652
Médico	R\$15.157	R\$3.031	R\$2.273	R\$3.031	R\$1.515	R\$1.515	R\$26.742 ****
Enfermeiro	R\$6.082	R\$1.216	R\$912	R\$1.216	R\$608	R\$608	R\$10.862
Outros profissionais de nível superior	R\$6.082	-	-	R\$1.216	R\$608	R\$608	R\$8.734
Técnico de Enfermagem	R\$2.324	-	-	-	-	-	R\$2544
Agente Comunitário de Saúde	R\$2.200	-	-	-	-	-	R\$2420
Auxiliar Administrativo	R\$1.550	-	-	-	-	-	R\$1770
Auxiliar de Serviços Gerais	R\$1.540	-	-	-	-	-	R\$1760

Fonte: Elaboração própria com base no Contrato de Gestão das OSS/ Termo aditivo nº 002/2022 e Ofício nº SMS-OFI-2022/20999.

*Para os profissionais médicos é necessária a titulação de especialista em Medicina de Família e Comunidade. Para os demais profissionais, são aceitas as formações em “Residência em Saúde da Família”, “Residência em Atenção Primária à Saúde”, “Residência em Saúde da Família e Comunidade”, ou “Residência em Saúde Coletiva (com ênfase assistencial)”, não sendo gratificada nenhuma modalidade a nível de especialização.

**“Mestrado em Saúde da Família”, “Mestrado em Atenção Primária” ou “Mestrado em Saúde Pública”

***“Doutorado em Saúde da Família”, “Doutorado em Atenção Primária” ou “Doutorado em Saúde Pública”

**** Para os profissionais médicos, o ofício prevê mais algumas gratificações: Captação médica (varia de R\$2.500 a R\$3.500 e está relacionada a unidades com maior dificuldade de contratação médica); Fixação Médica (varia ente R\$1.200 e R\$2.000 e está relacionada a unidades com equipes a mais tempo sem médicos e maior quantidade de notificações por impacto da violência urbana); Longitudinalidade médica (5% do salário base – R\$757 para médicos 40 – relacionado a fixação do profissional há mais de 5 anos na mesma unidade) e Regulação Médica (10% do salário base – R\$1515 caso realize a regulação no SISREG conforme regras do Ofício). As gratificações são acumulativas, podendo chegar ao valor máximo a ser acrescido no salário demonstrado no quadro acima de R\$7.772.

O salário atual do gerente é o segundo maior na estrutura profissional das CF's. No entanto, pensando empiricamente nos profissionais da APS, tem-se um contraponto que incomoda aos gerentes, que é a disparidade entre seu salário e o do médico, em referência a responsabilidade geral de funcionamento da unidade. Olhando os salários máximos a serem alcançados por estes dois profissionais, tem-se o gerente com R\$11.652 e o médico com

R\$34.514 (R\$26.742 + R\$7.772), ou seja, se o gerente tiver todas as formações acadêmicas possíveis que geram gratificação, ainda assim, receberá um terço do profissional médico nas mesmas condições. É desconsiderado para os profissionais não médicos, qualquer relação referente a vínculo e longitudinalidade de atuação.

“Eu que sou uma gerente antiga, que me formei lá atrás, eu não fiz residência, porque não tinha na minha época residência então por exemplo, o gerente que fez uma residência ele tem um plus, que eu não tenho e não vou ter porque eu não vou fazer uma residência agora, poxa, mas tem mestrado, tem isso, tem aquilo, é tem, mas eu vou ter que estudar mais um ano e pouco e aí o que eu tô te falando, por exemplo, tenho gerentes antigos e eu não sei se a gente quer parar agora, para fazer um mestrado e aí você fica defasado, vamos dar uma comparação grosseira então, falando agora quem fez mestrado, mas não é um gerente tão bom quanto você, mas ele consegue ganhar um plus e você que consegue manter uma equipe no padrão e tal, não ganha, porque você não tem mestrado.” (Entrevistada 6 – Gerente Experiente)

Quando fazem a reflexão sobre o salário e possibilidades de adicionais ao salário, pesam muitas questões que os afastam de novas qualificações, seja o tempo e disponibilidade para sua realização seja a disposição do próprio profissional em conciliar vida pessoal, profissional e acadêmica. Entre os gerentes com mais tempo na função e mais velhos em idade, há uma sensação de desvalorização profissional, tal qual a concepção de mercado, no sentido de que profissionais recém contratados podem entrar com salários maiores do que os profissionais que já estão há anos na função, com muitas equipes e com um processo de trabalho organizado.

“Eu não me sinto estimulada à buscar isso de forma mais formal, porque hoje eu penso que eu não aguentaria fazer mestrado e estar na gerência e muitas colegas que estão na gerência, mesmo tendo formalmente liberação de horas, isso não acontece na prática nos seus dias de mestrado (...), então acho que tem uma questão salarial importante que se a gente tá discutindo valores, valorização, a gente precisa estar refletindo sobre o salário nessas questões, de direito mesmo” (Entrevistada 2 – Gerente Iniciante)

Tornando este cálculo ainda mais real e aplicável a realidade apontada no resultado dos questionários e vivenciada na prática, as gerentes em sua maioria não possuem formação com residência, mestrado ou doutorado, tendo seu salário base mais insalubridade de R\$8.734. Já os enfermeiros responsáveis técnicos, ficam o vencimento de R\$7.518 nas mesmas condições de formação e no caso dos que possuem residência e também acumulam a preceptoria o salário ultrapassa o da gerente, com o valor de R\$9.646. Para os demais profissionais de nível superior, com formação em residência (que em geral são os que vem aumentando a entrada na função de gerente), o valor do salário fica em R\$7.518, representando assim, o desejo pela ocupação do

cargo de gerente enquanto possibilidade para aumento da sua remuneração. Quanto ao médico, ainda que não receba todas as gratificações, caso seja Responsável técnico da unidade e tenha a titulação em Medicina da Família e Comunidade, terá seu vencimento de R\$21.439, resultando na proporcionalidade de 60% a mais do valor recebido pela maioria das gerentes.

É importante salientar que nenhum gerente questionou o valor do salário do médico. A questão de mercado entre a lei da oferta e da procura para esta categoria, foi algo já implícito nos comentários e não houve discussão neste sentido. O questionamento foi sobre a disparidade entre os salários destes profissionais, frente a suas atribuições na Clínica. Todas reconhecem a importância do profissional médico, bem como a necessidade das políticas implementadas pelo município para atração e fixação do profissional desta categoria, no entanto há um questionamento sobre a valorização comparativa no trabalho exercido atualmente pelas gerentes.

Neste ano de 2023, na renovação dos contratos de gestão, a SMS-RJ incluiu um aditivo (Termo n. 10/2023) nos termos com as OSS para revisão e modificação de indicadores relacionados a variável 3 (variável que a partir do acompanhamento integral das equipes no cuidado a saúde dos usuários pode gerar gratificação extra em dinheiro para os profissionais trimestralmente). Desde a implantação desta forma de pagamento por performance, os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Saúde Bucal recebiam a gratificação. As gerentes, apesar de terem papel fundamental na organização das equipes para estes alcances nunca receberam tal incentivo. No decorrer desta pesquisa foi anunciada a inclusão tanto do gerente quanto do farmacêutico nestes recebimentos a partir da média de alcance das equipes e divisão proporcional ao número destas por unidade.

Ainda sobre o salário, alguns questionamentos foram trazidos: Se o município aposta no atributo da longitudinalidade, porque apenas os médicos recebem esta gratificação? Se atualmente há uma grande rotatividade de gerentes e uma média de fixação de 2 anos destes profissionais na função, porque não investir também neste profissional, visto que o mesmo é responsável por manter a unidade em pleno funcionamento? Que profissionais, o município, através da SMS-RJ deseja/espera que estejam na função de gerente?

Ressalta-se aqui outro ponto elucidado pelas gerentes que foi a dificuldade de organização enquanto coletivo ou classe trabalhadora para reivindicar qualquer processo referente a suas condições de trabalho. As gerentes por estarem em “cargos de confiança”, mesmo que majoritariamente por seus destaques técnicos e não por indicação política, tem medo de se expor e se organizar coletivamente enquanto categoria. Não há um sindicato ou um coletivo que pautem para as instâncias superiores, as reivindicações destes profissionais,

ocasionando apenas iniciativas pontuais em determinadas CAPs, que acabam não ganhando forças a nível municipal. A inclusão do gerente para receberem a gratificação referente a variável 3, foi comemorada como uma conquista para categoria, mesmo tendo sido incluída, mais de 10 anos após o início da “premiação por desempenho” pelos os profissionais.

Ximenes Neto e Sampaio (2007) resgatam o que Karl Marx já trazia em sua obra ‘O Capital’, sobre sua leitura do valor atribuído ao salário, sendo esta validada pelo capitalismo, por meio das expressões da questão social, causadas pela relação Capital X Trabalho. O valor atribuído a compra/venda da força de trabalho, estaria diretamente ligado a importância que a sociedade (ou quem possui poder do capital sobre ela) lhe confere e valoriza. Sendo assim os autores traçam uma relação sobre o salário dos gerentes ao valor atribuído aos operários.

Os valores são irrisórios e incompatíveis com o cargo de gerente de território, pois incorpora a responsabilidade de administrar parte do Sistema Municipal de Saúde, envolvendo gestão de pessoas, de recursos e de produção de saúde de toda uma coletividade, além da gestão do cuidado a grupos de sujeitos dependentes dos cuidados de terceiros. (...) Contudo, a complexidade que é o gerenciamento do território na ESF, exige um reconhecimento profissional e financeiro por parte da gestão municipal, além de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS capaz de assegurar os direitos e garantias trabalhistas, como férias integral - incluindo o terço de férias salarial -, 13º salário, licença a maternidade e paternidade dentre outros. No mercado capitalista, quanto maior a competência do gerente, maior seu salário, e quanto maior a motivação, maior é a produtividade. A desvalorização de um cargo ou função de relevância social e complexidade técnica indica uma lógica locoregional de mercado que contradiz a lógica maior de remuneração do sistema, além de retirar do cenário uma fonte de motivação. (Ximenes Neto & Sampaio, 2007, p. 690)

Ao trazerem a temática do salário, a maioria já comentava o valor que consideraria ideal para o cargo que ocupa. Quase todas as gerentes destacaram que entendem que o vencimento deveria ser igual ou superior ao do médico pelo grau de responsabilidade e disponibilidade que desprendem para o exercício da função.

Entende-se que o salário não é a principal motivação dos gerentes para ocupação deste cargo, porém ele ganha destaque nas entrevistas ao ponto da relação com a valorização do seu esforço e sobrecarga diários. Giovanella (2018) retoma a reflexão da importância de se repensar a ‘política de pessoal única para o SUS’ no sentido da desprecarização das relações trabalhistas e valorização profissional, desejando a possibilidade de profissionais que possam ter dedicação exclusiva, resultando em uma contribuição mais robusta e de qualidade na gestão dos serviços de saúde.

Pensando na qualidade da gestão dos serviços de saúde e finalizando os resultados encontrados nesta pesquisa, com base nos questionários e entrevista que também responderiam a um dos objetivos específicos sobre a caracterização das atribuições e atividades desenvolvidas pelas gerentes, será apresentada a seguir, o que foi construído a partir da visão das gerentes.

4.8 ATRIBUIÇÕES E ATIVIDADES DO GERENTE NO ATUAL CONTEXTO DAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Com base nas respostas ao questionário e entrevistas sobre as atribuições dos gerentes, relembando o tempo na função e estando atualmente em uma função que também é de apoiadora institucional, inclusive estando diretamente ligada a formação técnico e prática dos mesmos, será apresentado a seguir uma lista de atividades que são esperadas/cobradas que estes profissionais executem, seja pela CAP, OSS, SMS-RJ, equipe ou usuários:

Quadro 7- Atividades desempenhadas pelos gerentes nas Clínicas da Família - 2023

Blocos temáticos	Atividades
Gestão de Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Mediação de Conflitos entre profissionais, entre profissionais e usuários, entre usuários; - Controle de ponto (frequência, atrasos e banco de horas); - Avaliação e liberação para gozo do banco de horas; - Avaliação periódica dos profissionais; - Feedback para os profissionais; - Motivação da equipe; - Construção do histórico dos profissionais; - Aplicação de medidas disciplinares; - Monitoramento para finalização de contratos temporários em tempo oportuno; - Comunicação direta e imediata ao RH da OSS para mudanças de função/transferências / desligamentos; - Desligamentos; - Planejamento e organização de férias de equipe; - Fluxos para atestados (veracidade); - Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); - Monitoramento da 'agenda padrão' dos profissionais; - Elaboração e monitoramento de escalas; - Apoio a equipe em momento de óbito (dos direitos do seguro ao envio de coroa de flores e participação no velório) - Comunicação a OSS nos casos de atraso ou falta de pagamentos (salários ou benefícios); - Solicitação de adaptação da unidade para atendimento das necessidades de profissionais com deficiência – PcD; - Promover a integração e o vínculo entre os profissionais das equipes, entre estes e os usuários, a CAP, a OSS e SMS-RJ
Gestão de insumos	<ul style="list-style-type: none"> - Previsão e provisão de insumos, materiais e equipamentos necessários para o pleno funcionamento da unidade; - Adequabilidade do almoxarifado; - Monitoramento de pedidos mensais ao almoxarifado; - Solicitação de compras específicas; - Avaliação de pedidos emergências e diferenciados para unidade;
Gestão de processos técnicos e operacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento/ escuta ativa do usuário; - Garantia dos atributos da APS; - Reunião geral; - Reunião de equipes; - Reunião de equipe técnica; - Treinamento/ Educação permanente da equipe; - Criação, implantação e acompanhamento de fluxos e POPs

	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento e avaliação do processo de trabalho da unidade, da equipe e dos profissionais; - Organização dos fluxos e escalas da unidade; - Respostas aos escritórios do Ministério Público, promotorias e câmaras de litígios; - Respostas de ouvidorias; - Monitoramento da fila do SISREG; - Monitoramento dos sistemas: GEOVACINA, GEOTB, etc; - Revisão e envio dos SINANs; - Acompanhamento e atualização do protocolo de Acesso Mais Seguro; - Gestão de listas de grupos prioritários; - Diagnóstico situacional; - Territorialização - Planejamento estratégico; - Planejamento de atividades pontuais e comemorativas; - Apoiar a organização do processo de trabalho das equipes; - Comissão de revisão de prontuário; - Avaliação de prontuários; - Vigilância dos óbitos; - Monitoramento dos indicadores do contrato de gestão; - Monitoramento dos indicadores do Previn Brasil; - Monitoramento de todas as Linhas de Cuidados; - Alimentação do Sistema de Altas Referenciadas; - Monitoramentos dos casos de violência – Monitor Carioca; - Resolver problemas relacionados a consultas do SISREG; - Orientação da equipe quanto a fluxo de oxigenoterapia, transporte sanitário, terapia hiperbárica, Taxi Rio; - Acompanhar e avaliar contratos “quarterizados” – Raio X, Ultrassonografia, Segurança, manutenção; - Indução de boas práticas sustentáveis, visando a economicidade e uso racional dos recursos; - Criação e alimentação das mídias sociais da unidade; - Acompanhamento e avaliação da comunicação/ resposta nos WhatsApps das equipes e redes sociais da unidade; - Receber visitas institucionais (apresentar estrutura física e resultados); - Receber acadêmicos, residentes, pós-graduandos seja para atuarem na unidade, seja para visitas pontuais, seja para pesquisas;
Articulação com Território	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de colegiado Gestor; - Participação no Conselho Distrital de Saúde; - Estimular a participação da comunidade; - Estabelecer parcerias locais; - Realização e participação de reuniões com Educação e Assistência Social; - Participação em Fóruns intra e intersetoriais; - Participação em reuniões na comunidade e com lideranças ou equipamentos locais; - Articulação com a rede intra e intersetorial;
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da estrutura física da unidade; - Acompanhamento de obra; - Orientar e supervisionar o trabalho das auxiliares de serviços gerais dentro do que é preconizado para limpeza de serviços de saúde; - Verificação da limpeza da caixa d’água; - Ambiência - Acompanhamento/ solicitação de dedetização para ratos, baratas, cupins, formigas, moscas, etc.; - Acompanhamento/ solicitação de manutenção dos aparelhos de ar condicionado; - Acompanhamento/ solicitação de manutenção dos aparelhos hospitalares e

	<p>odontológicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento/ solicitação de manutenção de aparelhos dos consultórios; - Verificação e solicitação de manutenção de mobiliário; - Fluxo de inservíveis/ Manutenção / Laudo de condenação (envolver OSS); - Monitorar fluxo para retirada de lixos infectantes e não infectantes; - Avaliação das empresas prestadoras de serviço e dos serviços executados; - Avaliação das manutenções preventivas e corretivas previstas em contrato; - Monitorar se todas as solicitações da sua unidade já foram vistas, respondidas e executadas
Informatização	<ul style="list-style-type: none"> - Conectividade; - Funcionamento correto do prontuário eletrônico e demais sistemas; - Abertura e monitoramento de chamados para correção do PEP; - Funcionalidade dos computadores e impressoras; - Funcionamento do Tablet – Pesquisa de satisfação do usuário; - Funcionamento do Servidor ESUS
Demandas externas	<ul style="list-style-type: none"> - Participação em reuniões da SMS-RJ; - Participação e inscrição dos profissionais nos Ciclos de debates; - Participação e inscrição em GTs da SMS-RJ; - Participação em reuniões da CAP: Treinamento de gestores, comissões de mortalidade, introdutório; - Planejamento interno e inscrição dos profissionais em treinamentos oferecidos pela SMS-RJ, CAP ou OSS; - Accountability
Processos burocráticos	<ul style="list-style-type: none"> - Administração da agenda dos procedimentos ofertados pela unidade e agendados via SISREG; - Respostas aos e-mails da CAP (a todos os departamentos e linhas de cuidados), OSS (a todos os departamentos), SMS-RJ, profissionais e usuários; - Respostas no WhatsApp, e-mails e planilhas do drive; - Atualizar os quadros de aviso e painel da saúde; - Monitorar e avaliar todos os contratos de serviços executados na unidade (Manutenção predial, manutenção de equipamentos hospitalares e odontológicos (incluindo a câmara fria), Ultrassonografia, Raio X, Vigilância, manutenção dos aparelhos da Academia Carioca, extintores de incêndio, laboratório, etc) - Solicitar, orientar e garantir login e senha dos profissionais nos Sistemas: SISREG, SER, SUBPAV, SICLON, SISCAN.

Fonte: Elaboração própria, a partir da resposta dos questionários 2023.

A lista de atividades apresentada acima, faz parte do dia a dia de um gerente de Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. A grande maioria apareceu nas respostas individuais dos questionários quando perguntados sobre suas principais atribuições, outras foram listadas também nas entrevistas. Sabe-se e não se tem a pretensão aqui, de esgotar as tarefas desempenhadas, mas entende-se que é necessário se debruçar sobre a quantidade de atividades mencionadas por estes gerentes, que hoje o leva ao adoecimento, exaustão e esgotamento até que desistam ou sejam desligados da função, resultando nesta grande rotatividade de profissionais, visto nas respostas anteriores.

Se faz necessária uma reflexão sobre a fala de que se o gerente “está se sentindo sobrecarregado é porque não sabe delegar”. O exercício da gestão compartilhada, advém de

uma relação também de parceria e confiança. Se todos os resultados destas atividades serão cobrados destes gerentes, ele precisa minimamente confiar em quem irá dividir a responsabilidade, no entanto, apesar de ser cobrado por este desempenho e compartilhamento, o gerente não tem autonomia direta sobre sua equipe. Não escolhe seus auxiliares administrativos (que são apoio deste cargo, e que também estão com aumento de rotatividade e não fixação, visto que apesar de sua responsabilidade e fundamental necessidade, recebem o menor salário da unidade – acima apenas dos auxiliares de serviços gerais), nem profissionais da sua equipe, tendo poder de escolha apenas no médico e enfermeiro (que já compõe a equipe) para desempenharem a função de Responsabilidade Técnica. Portanto, colocar sobre o gerente a “culpa” por não saber delegar, é mais uma ação que gera sofrimento.

A quantidade de atividades desempenhas, paralela a diversidade de serviços ofertados na ‘Carteira de Serviços do Município’ e o tempo de funcionamento das unidades de Saúde já demonstram um conflito operacional. A grande maioria das CFs funcionam sessenta horas semanais, de segunda a sábado. Pensar em um único profissional para gerenciar todos os processos, é já partir da premissa que ele trabalhará mais do que sua carga horária, seja presencialmente, seja conectado e disponível 24 horas por dia, pois por mais que a unidade feche, ainda cabe ao gerente toda a preocupação e ações relacionados a fluxos, logística e manutenção dos insumos.

Reforça-se o entendimento que estas atividades listadas podem por vezes serem executadas ou supervisionadas pelos gerentes, já que não é possível executá-las muitas delas simultaneamente. É preciso que haja compartilhamento, mas antes disso, é necessário que os gestores de níveis acima da função dos gerentes, reflitam sobre esta percepção, uma vez que segundo os resultados obtidos a partir da visão das gerentes, esta polivalência, tem trazido resultados negativos estes profissionais.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados desta pesquisa, pode-se concluir sobre o quão amplo e complexo é o trabalho de um gerente de Clínica da Família do Município do Rio de Janeiro. O profissional que atua nesta função precisa estar habilitado para o desempenho de diversas e distintas funções que ainda apresentam indefinição no escopo municipal, visto que nenhum documento normativo será capaz de responder pelas especificidades dos territórios de atuação.

O título deste trabalho trouxe propositalmente uma das frases mais ouvidas pelos atores desta pesquisa: “Fala com a gerente”, com a alusão de demonstrar e trazer para discussão todas as atribuições executadas atualmente pelos gerentes das Clínicas da Família, mas ao mesmo tempo, buscou dar ‘fala a gerente’, objetivando analisar sua prática, a partir de suas visões sobre o seu processo de gestão na APS.

Resgatando o pressuposto desta pesquisa, em que se pensou que os gerentes atuam mais como gestores (compreendendo uma visão mais ampliada da gestão) e não de forma gerencialista (focado em indicadores, metas e produção), conclui-se que há elementos (especialmente os destacados nas entrevistas), que tendem a produzir sofrimento nos profissionais ao tentarem ampliar seu olhar na função. Desta forma, aproximou-se de uma realidade no município em que os gerentes tendem a ser mais gerencialistas nos primeiros anos na função, e mais gestores a medida em que se apropriam dos processos de trabalho, desenvolvem vínculo com equipe e território e passam a buscar uma atuação no formato da cogestão, equilibrando a racionalidade técnica com o afeto humano.

Pensar nos atravessamentos trazidos pelo gerencialismo e pela lógica de mercado, e discutir paralelo a isto sobre o modelo de cogestão enquanto um caminho para a democratização e progressiva desalienação dos sujeitos é trazer à tona também uma linha tênue de exposição, capacidade reflexiva e produção de autonomia. Conclui-se que embora haja diversas iniciativas da SMS-RJ para essa formação de gerentes, há um modelo de gestão em vigor, que os mesmos se sentem fragilizados de romperem uma prática mais gerencialistas e trabalharem com olhares ampliados de gestão. Verifica-se, no entanto, que não há uma escolha dos profissionais por um ou outro formato de gestão, no entanto, atuar de forma mais gerencialista tem respondido melhor ao que lhe cobram, e ser gestor tem os levado mais a um maior desgaste.

Ressalta-se que neste trabalho não houve confusão conceitual ao afirmar que gerentes são gestores, mesmo com todos os atravessamentos do gerencialismo. Desejou-se demarcar politicamente, dando ênfase na construção ético-político do SUS de que estes profissionais possuem conhecimentos e práticas interdisciplinares para conduzirem dentro dos serviços e do Sistema de Saúde, a gestão no âmbito da defesa da vida. Percebe-se claramente que há um

desejo dos profissionais que assumem o cargo de gerente, em serem gestores, porém há tantos obstáculos burocráticos iniciais, que atuar de forma gerencial passa a ser uma proteção pessoal, o que trazendo para o campo da saúde coletiva, pode ocasionar atravessamentos para o cuidado aos usuários.

Outra conclusão a ser destacada é a necessidade de ampliação das discussões sobre a função, envolvendo os próprios atores, especialmente perpassando pela concepção de autonomia institucional dos gestores que deve ser compartilhada com suas equipes, uma vez que o exercício da clínica e da promoção exige gestão de caso, das famílias, do território e de projeto terapêuticos e de intervenção. Resgata-se aqui a concepção de cogestão na PNH, com uma gestão democrática e construtivista.

Relacionado a isso, aponta-se a necessidade de criação de novos espaços coletivos e qualificação dos já existentes para estes profissionais, na mesma medida que é fundamental o desenvolvimento do apoio institucional para que aconteça nas CF's, uma vez que estes gerentes demandam uma maior retaguarda de CAP, OSS e nível central.

Com base nos referenciais de Campos utilizados neste trabalho, conclui-se que apesar dos Apoiadores Institucionais comporem o organograma das CAPs, a prática tem mostrado suas atuações mais próximas ao que se descrevia como supervisor técnico dos programas ou linhas de cuidado. Estes profissionais acumulam as funções e acabam não tendo sua atuação como caracterizado pelo autor, trazendo um distanciamento no reconhecimento deste apoio para os gerentes. É preciso também investir na qualificação destes profissionais.

Entende-se que os gerentes das Clínicas da Família do Rio de Janeiro, são profissionais altamente qualificados e que investem nos seus processos formativos, no entanto há uma fragilidade quando se pensa na carreira deste profissional, visto que não há planos de cargo e de carreira para sua fixação e progressão, que repercute em uma significativa rotatividade na função.

Conclui-se também que é preciso além de ouvir e construir as atribuições dos gerentes envolvendo-os primariamente, compreender o que o nível central da SMS-RJ, equipes e usuários esperam sobre esta categoria. Entende-se como elemento fundamental as outras escutas, e por isso, indica-se a necessidade de outras pesquisas que possam agregar outros olhares e percepções sobre o papel do gerente enquanto liderança de equipe.

Deve-se considerar que o município do Rio de Janeiro vem neste último ano, se aproximando e investindo gradativamente nos gerentes, conforme as iniciativas demonstradas nesta pesquisa. Apesar do modelo de gestão por OSS apresentar algumas limitações e fragilidades, são verificadas diversas potencialidades nos trabalhos desenvolvidos, pelo olhar

dos próprios gerentes no município que também não podem ser desconsideradas, já que vem impactando nos indicadores de saúde.

Considera-se ainda que o ‘combo dos 4 S’ (sobrecarga, sofrimento, solidão e salário), precisam ser discutidos com os gerentes, buscando minimizar seus impactos.

A *sobrecarga* das atividades atribuídas ou cobradas aos gerentes ocasiona um trabalho fragmentado, que por muitas vezes coloca seu conhecimento técnico de lado para atender a uma grande demanda administrativa e burocrática em detrimento da pedagógica. Esta questão está ligada a principal atividade destacada por eles em suas respostas ao questionário: a mediação de conflitos. Quanto menos investimento na formação e apoio técnico das equipes, maior será a quantidade de conflitos que tenderão a surgir nas CF’s. Esta situação pode ser verificada também nas Clínicas com gerentes com maior tempo de fixação, onde os gerentes possuem maior vínculo com equipe e território e com isso há maior fluidez nos processos de trabalho, confiança e delegação de tarefas.

A sensação constante da ‘*solidão na gestão*’ precisa ser repensada, no que tange a prática de apoio institucional a estes profissionais. O título desta dissertação é ‘Fala com a gerente’, mas com quem este gerente pode falar? Com quem efetivamente ele pode contar para lhe apoiar e não apenas para que lhe cobrem seus resultados? Todos se sentem à vontade e com permissão para falar com este gerente. Ele precisa ser um gestor que trabalhe com portas abertas para ser considerado bom, estando sempre cercado por muitas pessoas, mas a solidão da sua prática está muito relacionada a quem o apoie diretamente, não enquanto cargo, e sim enquanto ação.

Há experiências de espaços coletivos organizados, conforme citado no item 5.5, que é composto pelos atores deste trabalho e se mostram como um espaço de troca e de afeto, porém não é visto como um espaço de cogestão, uma vez que estes gerentes não o percebem enquanto espaço de deliberação. No entanto, podem ser considerados enquanto espaços potentes para serem ainda mais qualificados e que respondam a expectativas dos gerentes para superação do sentimento de solidão, visto que gradativamente tem surgido este efeito dentre as falas dos grupos dos profissionais.

Junto com a solidão e a sobrecarga, é preciso repensar o *sofrimento* apontado pelos gerentes, seja no que tange ao seu próprio cotidiano de trabalho, seja quando este é remetido à sua equipe. Muito deste sentimento está relacionado a carga de modificações na estrutura da APS nos últimos anos, seja no desmonte relacionado ao governo anterior, seja na violência urbana crescente na cidade, seja pela quantidade de usuários por equipe, quer seja por qualquer outro fator que precisa ser revisto territorialmente. Há muitos elementos envolvidos nos

processos de sofrimento de profissionais de saúde e de gestores, mas há de se relacionar aqui uma alta rotatividade de gerentes, que ao saírem dificilmente retornam para este cargo, justamente alegando o desgaste excessivo e o sofrimento. Se a APS objetiva o cuidado em saúde, como pode, quem lidera e organiza a equipe para o cuidado se perceber ainda mais sofrido que os usuários? A resposta a esta pergunta poderia ser o tema de outra dissertação.

Sabe-se que que o *salário* não é o único motivador atrativo para profissionais assumirem a função de gerente, porém é um elemento significativo e que foi comentado em diversos momentos durante a elaboração desta pesquisa. O Rio de Janeiro é o segundo município do país, com maior custo de vida, o que impacta na necessidade de uma valorização salarial destes profissionais, principalmente quando se pensa na disparidade de valores e pressão sofrida pelos mesmos. Considera-se de forma geral o município do Rio de Janeiro paga hoje aos profissionais da APS salários maiores do que a maior parte do Brasil, no entanto, há uma discussão interna sobre a valorização constante do que é atribuído a categoria médica, comparativamente a outros profissionais e aqui destaca-se o gerente. É preciso falar que sim, o salário é visto como uma forma de valorização profissional, e quando este profissional se percebe ganhando três vezes menos de que um profissional médico e com uma responsabilidade ilimitada, é de se esperar que faça a reflexão se é o local que querem permanecer (especialmente enfermeiros que tem outras possibilidades na APS com um salário semelhante), impactando também na rotatividade da categoria demonstrada nesta pesquisa.

Esta pesquisa também aponta uma preocupação para quais profissionais terão o desejo de atuar na função de gerente, frente a tudo que foi levantado. Com o novo aditivo, que o salário do gerente passa a não ser mais composto por valor base mais gratificação e sim por um salário fechado, um enfermeiro que se destaque como responsável técnico ou preceptor, talvez não almeje se tornar gerente enquanto promoção de carreira, visto que, caso desista ou não desempenhe bem a função, terá que ser desligado, uma vez que a CLT indica que o profissional não pode ter redução de salário.

Desta forma, com base em tudo se considera como primordial, buscando responder as expectativas dos gerentes, que se reveja os processos de valorização destes profissionais (no sentido de implantação de plano de cargos e carreira), considerando as especificidades dos territórios e clínicas, assim como acontece para a categoria médica, assim como, que se verifique a possibilidade de um novo profissional para compartilhamento dos processos administrativos e burocráticos que hoje são executados em maior escala, em detrimento do apoio técnico e pedagógico que este deve desenvolver junto a sua equipe e território.

Reforça-se que atualmente a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem uma equipe com muita qualificação técnica e dentre esta, ex-gerentes que vem pautando algumas questões levantadas nesta pesquisa, enquanto necessidade de atuação. Sabe-se que a dimensão desta secretaria nesta cidade, é maior do que a maioria das capitais do Brasil, o que gera um impacto para o desenvolvimento de muitas das ações propostas (destaca-se a diversidade territorial), mas há de se valorizar também os esforços alcançados até aqui.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para novos referenciais teóricos e práticos sobre a função dos gerentes nas unidades de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, sabendo-se que há abertura da SMS-RJ para demonstração dos resultados encontrados, bem como o convite prévio para que a mesma seja utilizada como uma das bases de discussão para o planejamento dos próximos módulos para o processo formativo de gerentes.

Talvez, caiba a ideia da ressignificação da função do gerente no município e que isto seja assumido de forma clara para todos os envolvidos. Esta parece ser, atualmente, um tema fora de discussão entre os diferentes níveis de gestão, mas que cabe uma problematização, continuidade e aprofundamento do que nesta pesquisa foi encontrado, visto que ainda ficaram em aberto, diversas lacunas sobre o tema, a serem pesquisadas.

Uma das considerações a serem feitas, além de tentar compreender o olhar da gestão, seria também que estes gerentes fossem apoiados, para terem possibilidade de refletir melhor sobre a função desejada, como se percebem nisso. Há uma aposta de que este trabalho pode ser um subsídio inicial, para apoiar uma melhor compreensão desta função.

Identifica-se e se entra em consonância, com o referencial proposto por Campos, quando indica que essa função pode ter um perfil de apoio, ampliando a função gerente, para o exercício de uma função mais apoiadora de sua equipe. Isto pode ser uma pista no sentido de reorientar a prática profissional, à medida que a cogestão lida com a ideia de que é fundamental repensar o processo de trabalho, para que se amplie a capacidade de intervenção.

Por fim, diante de tudo que foi vislumbrado nesta dissertação, se faz necessário reforçar e considerar a potência e resiliência destes gerentes, enquanto gestores comprometidos com a defesa do SUS e a qualificação do cuidado, diante da complexidade do trabalho na APS do município do Rio de Janeiro. E se você leitor, encontrar um deles por aí, *“fala com a gerente”*, o quanto o seu trabalho é essencial e imprescindível para a Saúde Pública Carioca!

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E.R., SOUSA, A., BRANDÃO, C.C, CARVALHO, F.F.B, TAVARES, G., SILVA, K.C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão(2015–2017). **Rev. Panam Salud Publica**. 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v42/1680-5348-rpsp-42-e180.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
- ALMEIDA, M.C.P., FORTUNA, C.M., PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M., VILLA, T.C.S. Gerência da Rede Básica de Serviços de Saúde em Ribeirão Preto – Um Processo em construção. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Set. 1994. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276833292_Gerencia_na_rede_basica_de_servicos_de_saude_em_Ribeirao_Preto_um_processo_em_construcao. Acesso em: 10 out. 2022.
- ARTESE, F.. No mundo digital, todos os caminhos levam a Roma. Mas será que Roma está preparada? **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 24, n. 6, p. 7–8, nov. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dpjo/a/7SHjdCvQRphYWz9XJDyp6gt/?lang=pt#>. Acesso em: 18 out. 2023.
- BASTOS, F. C. D. **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 (Mestrado). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2020.
- BERTUSSI, D.C. **Desenvolvimento gerencial em saúde: limites e possibilidades**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Londrina. Londrina. 2002. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/bertussi.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.
- BLOISE, M. S. **Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios**. Dissertação (mestrado). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023** - Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. 22 mai. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 15 mai. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. **Diário Oficial da União**. 28 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 21 Set 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal E-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Relatórios de Financiamento da APS**. Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados – Atenção Primária à Saúde 1998 – 2021. 2022. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso: em 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. 26 Mar. 2006.

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

BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei complementar n. 101. 4 mai. 2000. **LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal**, Brasília, 24p. mai. 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.637**, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 20 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/**NOB-SUS 96**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 07 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.html. Acesso em: 20 set. 2023.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57. n.5, Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3033-3040. Jul. 2011.

CAMPOS, Gastão W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.337-2.344, 2010.

CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo. HUCITEC, 2008. 417 p. v. 1.

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19–32, mar. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.41-80.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, V. 9, n. 17, p. 398-400, mar. 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Paidéia e Gestão: Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde, 2001-2003**. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/apoio-paideia>. Acesso em: 19 ago. 2023.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000a.

CAVALCANTE, A. F. R. et Al. Gerenciamento das unidades básicas de saúde e a relação com a qualidade dos serviços prestados: uma revisão integrativa. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 09, Vol.03, pp. 80-89. 2021. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/unidades-basicas>. Acesso em: 08 out. 2022.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQZhrJN/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago 2023.

CECÍLIO, L.C.O. A avaliação da qualidade e a gestão descentralizada em uma rede básica de saúde: a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: Cecilio, LCO (organizador).

Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 2ª ed. 1997. p.161-186.

CFESS. **Perfil de Assistentes Sociais no Brasil:** formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília (DF): CFESS, 2022. 144 p.

CONASEMS. **Ser Gestor SUS.** Brasília, 2021. Disponível em: https://mais.conasems.org.br/cursos/18_revisitando-ser-gestor-sus. Acesso em: 20 set. 2022.

CUNHA, G.T., CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde e Sociedade, v. 20, n. 4, p. 961-70, out. 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3 ed. Porto Alegre, 2010.

DUSSAULT, G.A. Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Admin. Púb.**, Rio de Janeiro, 26 (2):8-19, 1992.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 12, n. 1, p. 194- 202, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23311p194-202-2018>. Acesso em: 09 out. 2022.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F.. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300309, 2020.

FERNANDES, L.C.L, MACHADO R.Z., ANSCHAU G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; 14(Supl. 1):1541–1552. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D8PbGDr8QmXhym4wNwCvySr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

FIOCRUZ. **Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais.** Versão 1.0 / Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/ FIOCRUZ). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2020.

GIOVANELLA, L.. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n 8, 2018.

GUTIÉRREZ, A. C. et Al. Coletivos organizados, ativismo social e narrativas da pandemia em territórios vulneráveis na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2023, em prelo.

GOLDENBERG, M. Entrevistas e Questionários. In: **A arte de pesquisar.** 8a. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2004. p. 85–91.

GOMES, C.B.S. **Política Nacional de Atenção Básica de 2017:** uma análise na composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Dissertação (Mestrado).ENSP/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2019.

HOUAISS. **Dicionário Corporativo Houaiss**. Disponível em: <https://www.houaiss.net/corporativo/>. Acesso em: 07 set. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** Contínua; Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Brasília, 2022. Acesso em: <https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/hub-igualdade-racial/populacao>. Acesso em: 18 out. 2023.

JUNIOR, N.P., CAMPOS, G.W.S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface: communication, health, education**. Botucatu, SP: UNESP/Faculdade de Medicina, 2014. Vol. 18, supl 1 (2014), p. 895-908. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1645168>. Acesso em 20 out. 2023.

MASSUDA A., CAMPOS, G.W.S. Inovações nas práticas de gestão do SUS: Desafios para reduzir desigualdades em saúde. In. Mello et al. (org.) **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. Brasília: Ipea, 2020. p. 73-95.

MATTOS, M. P., **Apoio Matricial e a pandemia da COVID-19: O processo de trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AP) de Maricá**. Dissertação (Mestrado). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2022.

MARINHO, G.L., OLIVEIRA, B.L.C.A., CUNHA, C.L.F, TAVARES, F.G, PAZ, E.P.A. **Enfermagem no Brasil: análises socioeconômicas com foco na composição racial**. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2022.

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**, v. 24, n. 12, p. 4593–4598, dez. 2019.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp.1, set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 10 out. 2022.

MERHY, E.E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**. V. 43, n. Spe6, p. 70-83, 2019.

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

MERHY E.E. e ONOCKO R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

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

MINAYO, M. C. S.(org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

PASSOS, J.P.; CIOSAK, S.I.. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 464–468, dez. 2006.

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.

PESSÔA L., 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.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, Jun 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2023.

PORCIUNCULA, A. M. **Síndrome de Burnout em gerentes da atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde. **Termo aditivo nº 010/2023**. Rio de Janeiro, 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde. **Termo aditivo nº 002/2022**. Rio de Janeiro, 2023a.

RIO DE JANEIRO. Resolução SMS nº 5666 de 30 de dezembro de 2022. **Diário Oficial do município Rio de Janeiro**, ano XXXVI, n. 194, 02 jan. 2023.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Ofício Nº SMS-OFI-2022/20999**. Gratificação aos profissionais que atuam nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS). Rio de Janeiro, 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária**: Diretrizes para abrangência do cuidado. Rio de Janeiro, 2021.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal De Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **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. Rio de Janeiro, 2016.

RIO DE JANEIRO. 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. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011.

RIO DE JANEIRO. Câmara Municipal do Rio de Janeiro. **LEI N.º 5.026 de 19 de maio 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Rio de Janeiro: CMRJ, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Decreto nº 30780, de 2 de junho de 2009**. Regulamenta a Lei Municipal n. 5026, de 19 de maio de 2009, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais (...). Rio de Janeiro: PMRJ, 2009.

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.

SAINT-EXUPÉRY, A. de. **O pequeno príncipe**. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

SANTANA J. P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. **Cad RH Saúde**. 1993. Disponível em: <http://www.observatoriorh.ufrn.br/uploads/e9f59add9727fe856f2a5b4ee9e05f65.pdf>. Acesso em: 09 out. 2022.

SILVA JR., A.G, et AL. Tecnologias de gestão em saúde: refletindo conceitos e usos contemporâneos. In. DIAS, M.S.A.; FROTA M.A. (orgs). **Promoção da Saúde na Integralidade do Cuidado**. 1 ed. Campinas: Saberes Editora, 2016.

SORANZ, D. PINTO, L.F, CAMACHO, L.A.B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva** 22 (3), 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSLKbSXJqmbBqJzszmr5r4y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2022.

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**, 21(5):1327-1338, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41208/ve_Daniel_Soranz_et_al_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 09 out. 2022.

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

TERRA, L.S.V.; CAMPOS, G.W.S.. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019124, 2019.

TOBAR, F., YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

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**. 2007;12(2):443–453. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/860987ef-b8a1-4eee-adf4-b2635ce81b80/001609662.pdf>. Acesso em 10 out. 2022.

XIMENES NETO, F.R.G; SAMPAIO, J.J.C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, Dec. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/ a/Pdd3dv7Fj8htrpDHGQ4H9ZL/?lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2023.

APÊNDICE 01 – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE) PARA O INDIVÍDUO PARTICIPANTE – QUESTIONÁRIO



Registro do Consentimento Livre e Esclarecido para o indivíduo participante

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “Fala com a gerente!”: Um estudo sobre a função gestora e/ou gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro”, realizada por Cyntia Amorim Guerra, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Adriana Coser Gutiérrez. O principal objetivo desta pesquisa é “compreender a correlação da função gestora e/ou gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro”.

O convite à sua participação se deve por ser um (a) gerente de Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

As sua adesão à pesquisa nos permitirá conhecer melhor a sua experiência como gerente de Clínica da Família. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto. Inicialmente sua participação consiste em responder um formulário com 25 questões sobre o seu processo de trabalho, cujo tempo médio de respostas é de 10 minutos; é garantida a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica, que será feita de forma agregada, evitando qualquer tipo de identificação; as informações coletadas ao longo da pesquisa ficarão armazenadas e salvas em arquivo Excel, sob a guarda do pesquisador; ao final, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Sobre o risco da quebra de confidencialidade, a pesquisadora responsável e sua orientadora se comprometem com o dever do sigilo e confidencialidade, evitando que o mesmo ocorra, não utilizando os dados para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa. Os resultados serão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais. Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a qualificação da gestão no SUS.

Contamos com as regras e normas de sigilo praticado pelo Google (<https://policies.google.com/privacy>) no uso do Google Forms. No entanto, há risco inerente a qualquer acesso à internet.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados a seguir:

Pesquisadora responsável: Cyntia Amorim Guerra, sob orientação da Profa Dra. Adriana Coser Gutiérrez. Telefone/pesquisador: (21)99698-4003 – cyntia.cap32@gmail.com

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, acesse: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Tel: (21) 2598-2863

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 cep@ensp.fiocruz.br

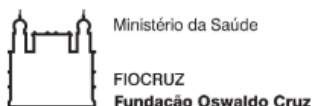
Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro-Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ, CEP: 20031-040 Telefone: (21) 2215-1485 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

É importante que você imprima e guarde este documento para que fique com o registro dos contatos do pesquisador e do CEP/ENSP. Agradecemos a sua participação.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023

Cyntia Amorim Guerra
Pesquisadora responsável

APÊNDICE 02 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O INDIVÍDUO PARTICIPANTE – ENTREVISTA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o indivíduo participante

Você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa intitulada “**Fala com a gerente!**”: **Um estudo sobre a função gestora e/ou gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro**”, realizada por Cyntia Amorim Guerra, discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a Adriana Coser Gutiérrez.

O principal objetivo desta pesquisa é “Analisar a práxis dos gerentes a partir da visão destes profissionais na gestão das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro”.

O convite à sua participação se deve por ser um (a) gerente de Clínica da Família do município do Rio de Janeiro e ter respondido o formulário do google forms para melhor conhecimento do perfil dos atuais gerentes. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirá-la a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

As sua adesão à pesquisa nos permitirá conhecer melhor a sua experiência como gerente de Clínica da Família. Sua participação foi pensada de maneira a não lhe trazer desconforto e envolve a realização de uma entrevista como 2^a etapa da pesquisa (a primeira foi o preenchimento do questionário no google forms). Poderemos conversar em sala reservada ou através do aplicativo meet (em formato digital) e será realizada uma entrevista, com tempo de duração previsto de até uma hora. Caso permita, a entrevista será gravada para garantir uma qualidade mais detalhada do registro e o áudio será guardado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito e em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador.

Igualmente, o material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução n° 510/2016 e orientações do CEP/ENSP, e com o fim deste prazo, será descartado. Apenas as pesquisadoras envolvidas no projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades, assim como qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Toda pesquisa envolve riscos, caso perceba algum constrangimento durante a entrevista a mesma poderá ser interrompida. Há risco de identificação indireta no que tange as entrevistas devido ao número de entrevistados e a visibilidade do cargo, no entanto além de não ser utilizada identificação direta com nome (serão utilizados códigos), não serão demonstrados dados relacionando as respostas à Área Programática de trabalho. Sobre o risco da quebra de confidencialidade, a pesquisadora responsável e sua orientadora se comprometem com o dever do sigilo e confidencialidade, evitando que o mesmo ocorra, não utilizando os dados para nenhuma outra finalidade que não seja esta pesquisa, porém não é possível garantir em sua totalidade o anonimato, privacidade e sigilo. Os resultados serão apresentados de forma agregada, diminuindo o risco de identificação. Caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, tem direito à assistência e a buscar indenização por meio das vias judiciais.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em instituições de saúde, em meios acadêmicos, científicos e outros que possam contribuir para a qualificação da gestão no SUS. Pretende-se, assim, contribuir para o fortalecimento da troca de saberes e de espaços públicos de saúde, além de trazer mais benefícios diretos e indiretos para os envolvidos com a pesquisa, conhecimentos teóricos e práticos para políticas públicas, formação de profissionais e ações

Rubrica pesquisadora: _____

Rubrica participante: _____

relacionadas à saúde e à atenção junto aos usuários do SUS, bem como trazer a discussão junto a SMS sobre o trabalho do gerente de clínica da Família no município. Há o compromisso do envio dos resultados desta pesquisa por e-mail para todos os entrevistados.

Este Termo está redigido em duas vias, sendo uma do (a) participante e outra do pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo (a) participante da pesquisa e pesquisador, com ambas assinaturas apostas na última página. Você receberá uma via que ao final constam os telefones e os endereços institucionais do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP e da Prefeitura do Rio de Janeiro, instituição coparticipante. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Caso a entrevista seja realizada de maneira remota este TCLE será enviado previamente por e-mail para o participante e será lido ao início da entrevista pelo entrevistador. No ato da leitura o entrevistado deverá sinalizar que concorda com o respectivo termo de participação, tomando desnecessária a devolução do documento assinado. Após a entrevista, será enviado ao participante, via e-mail, arquivo eletrônico do trecho da gravação com a leitura e aceite de participação na pesquisa.

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. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP.

Rio de Janeiro, _____

Pesquisadora responsável – Cyntia Amorim Guerra

Mestranda em Atenção Primária em Saúde com ênfase na Estratégia Saúde da Família
ENSP/FIOCRUZ

Telefone: (21) 99698-4003
E-mail: cyntia.cap32@gmail.com

Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ - Comitê de Ética e Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos, - RJ, CEP 21041-210 Telefone: (21) 2598-2863

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br / Site: <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa>

Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro Secretaria Municipal de Saúde - Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ, CEP: 20031-040 Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “**Fala com a gerente!**”: *Um estudo sobre a função gestora e/ou gerencial das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro*” e concordo em participar. E, ainda:

Autorizo a gravação da entrevista / autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).

Não autorizo a gravação da entrevista / não autorizo o registro de imagem por foto ou filmagem).

Assinatura: _____
Participante: Nome: _____
Data: _____

Rubrica pesquisadora: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE 03 – ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Questionário para Gerentes de Clínicas da Família do Município do Rio de Janeiro

Questionário n° _____

E-mail: _____

Declaro que li o Registro do Consentimento Livre e Esclarecido acima e: Concordo com seus termos e aceito participar da pesquisa Discordo de seus termos e não quero participar da pesquisa

1-Faixa Etária: menos de 25 anos 26 a 30 anos 31 a 35 anos 36 a 40 anos 41 a 45 anos 46 a 50 anos 51 a 55 anos 56 a 60 anos 61 ou mais

2- Raça/Cor: branca preta parda Indígena amarela

3- Identidade de Gênero: Mulher Cis Mulher Trans Travesti Homem Cis Homem Trans Não binária Me descrevo de outra maneira – Qual? _____

4- Orientação sexual: heterossexual homossexual bissexual assexual pansexual

5- Estado civil/parceria afetiva: solteiro casado/união estável separado viúvo

6- Tem filhos? Sim Não

6.1- Se sim, teve filhos antes ou depois de iniciar na função de gerente? antes depois antes e depois

7- Exercer a função de gerente tem/teve relação com a escolha do momento para maternidade/paternidade? Sim Não

8- Graduação: Enfermagem Medicina Odontologia Nutrição Psicologia Serviço Social Educação Física Fisioterapia Outro, qual?

9- cursou alguma pós-graduação? Sim Não

9.1- Se sim, selecione as modalidades formativas (exceto em gestão, que possui questão específica subsequente): Especialização em Saúde Pública Especialização em Saúde Coletiva Especialização em Saúde da Família Especialização em Saúde Mental Especialização em outra área MBA em Saúde MBA em outra área Residência em Saúde Pública Residência em Saúde Coletiva Residência em Saúde da Família

- () Residência em Saúde Mental () Residência em outra área () Mestrado em Atenção Primária () Mestrado em Saúde Pública () Mestrado em Saúde Coletiva () Mestrado em outra área () Doutorado em Atenção Primária () Doutorado em Saúde Pública () Doutorado em Saúde Coletiva () Doutorado em outra área () Outro, qual? _____
 () Não se aplica

10- Tem formação específica na área da gestão? () Sim () Não

10.1- Se sim, qual? _____

11- Trabalha há quantos anos na Atenção Primária () Menos de 1 ano () entre 1 e 3 anos () entre 3 e 5 anos () entre 5 e 7 anos () entre 7 e 9 anos () entre 9 e 11 anos () mais de 11 anos

12- Trabalha há quantos anos como gerente? () Menos de 1 ano () entre 1 e 3 anos () entre 3 e 5 anos () entre 5 e 7 anos () entre 7 e 9 anos () entre 9 e 11 anos () mais de 11 anos

13- Trabalha há quantos anos como gerente na mesma Clínica da Família? () Menos de 1 ano () entre 1 e 3 anos () entre 3 e 5 anos () entre 5 e 7 anos () entre 7 e 9 anos () entre 9 e 11 anos () mais de 11 anos

14- Trabalhou em quantas Clínicas da Família como gerente? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

15- Há quantos anos foi inaugurada a clínica que você gerencia? () Menos de 1 ano () entre 1 e 3 anos () entre 3 e 5 anos () entre 5 e 7 anos () entre 7 e 9 anos () entre 9 e 11 anos () mais de 11 anos () Não sei

16- Quantos gerentes passaram por ela antes de você? () nenhum () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais

17- Qual a sua Área de Planejamento (AP)? () 1.0 () 2.1 () 2.2 () 3.1 () 3.2 () 3.3 () 4.0 () 5.1 () 5.2 () 5.3

18- Qual a sua Organização Social contratante? () SPDM () Viva Rio () Ideias () Gnosis

19- Você trabalha em qual modelo de Unidade de Saúde? () Clínica da Família () Centro Municipal de Saúde

20- Sinalize quais atributos a seguir colocados pela SMS na resolução nº 2964/2016, para contratação de novos gerentes, você possui:

- () Ter no mínimo 3 (três) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.
 () 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.
 () 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 (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) 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.
- () Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.
- () Ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado. (Resolução SMS-RJ N°2964/ 2016)

21- Analisando seu cotidiano e as atribuições como gerente, quais são as três atividades que mais desenvolve na Clínica da Família?

22- Projetando, em uma perspectiva de mundo ideal, quais seriam as três atividades, que acredita serem as mais importantes para a função do gerente de Clínica da Família?

23- Você já leu as atribuições dos gerentes da PNAB 2017? () Sim () Não

23.1 - A partir das atribuições do gerente que estão descritos na PNAB de 2017, classifique em uma escala progressiva (onde 1 significa pouco presente e 5 muito presente) o quanto as atribuições estão presentes do seu cotidiano enquanto gerente de Clínica da Família.

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, notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

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

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

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

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

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

atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

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

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

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

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

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

24- Você deseja participar de entrevista para aprofundar as informações sobre o trabalho do gerente em Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro? () Sim () Não

APÊNDICE 04 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Entrevista n° _____

Código do entrevistado: _____

Questões Norteadoras**Motivação**

01-O que te motiva a estar como gerente nesta Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro? (E o que te faz permanecer neste cargo?)

Formação e Atribuições

02-Você consegue identificar lacunas na sua formação acadêmica para seu exercício da função de gerente?

03- Quais as atribuições principais da sua rotina como gerente (pode listar umas 6). Dentre essas atribuições quais as que tomam mais tempo? Como você lida com elas?

04- Você se sente apoiado para executar suas atribuições? Por quem você se sente mais apoiado?

Expectativas

05- Você se vê nesta mesma função de gerente até o final desta gestão municipal? E na próxima gestão? (Se sim, como imagina que será sua prática profissional? Se não, onde você deseja estar?)

06- Tem algo do que falamos que você gostaria de complementar?

APÊNDICE 05 – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS EM GRÁFICOS

Gráfico 2: Faixa etária dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

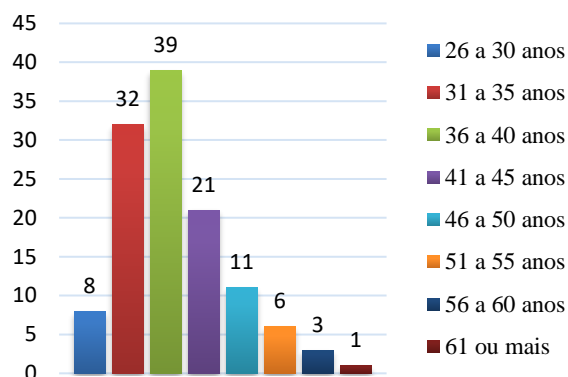


Gráfico 3: Raça/ cor autodeclarada pelos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

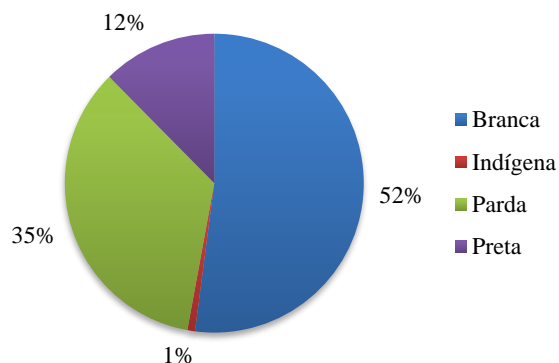


Gráfico 4: Identidade de gênero dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

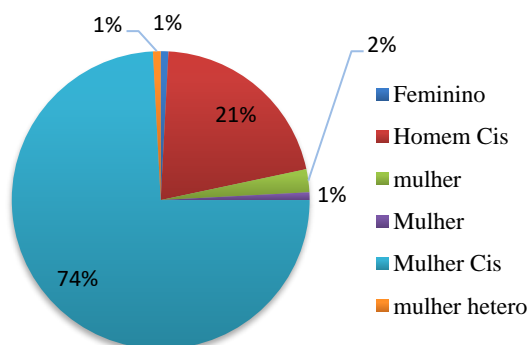


Gráfico 5: Orientação sexual dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

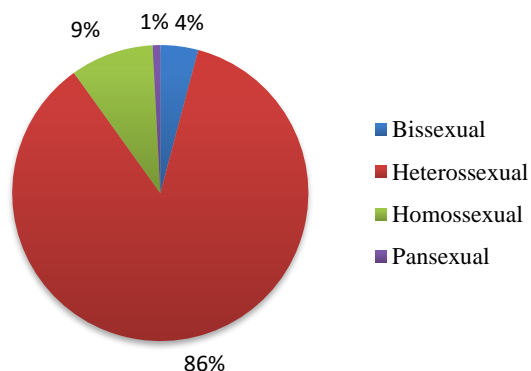


Gráfico 6: Estado Civil/ Parceria afetiva dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

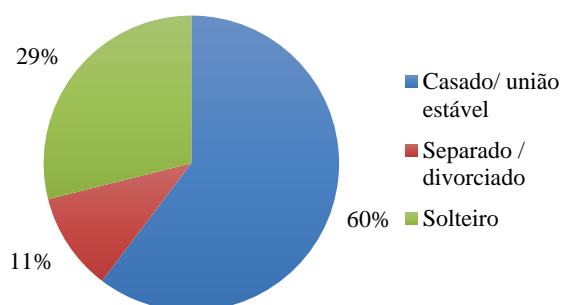


Gráfico 7: Percentual de gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023, que informam ter filhos

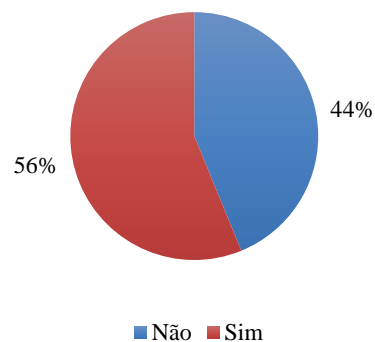


Gráfico 8: Dos gerentes que tiveram filhos, qual foi a ocasião escolhida em relação ao trabalho como gerente de UBSs no município do Rio de Janeiro, 2023

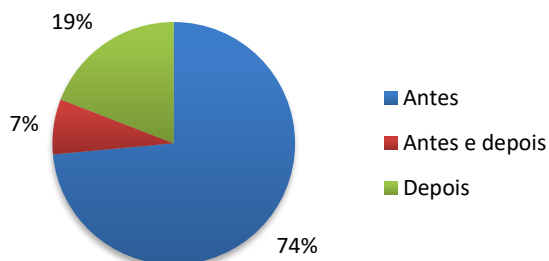


Gráfico 9: A visão dos gerentes das UBSs do Rio de Janeiro, 2023, sobre o fato do exercício da função de gerente tem/teve relação com a escolha do momento para maternidade/paternidade

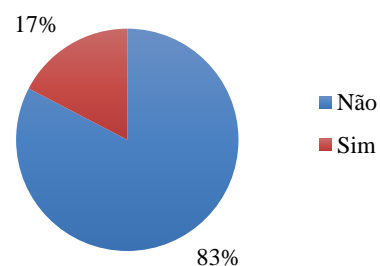


Gráfico 10: Graduação dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

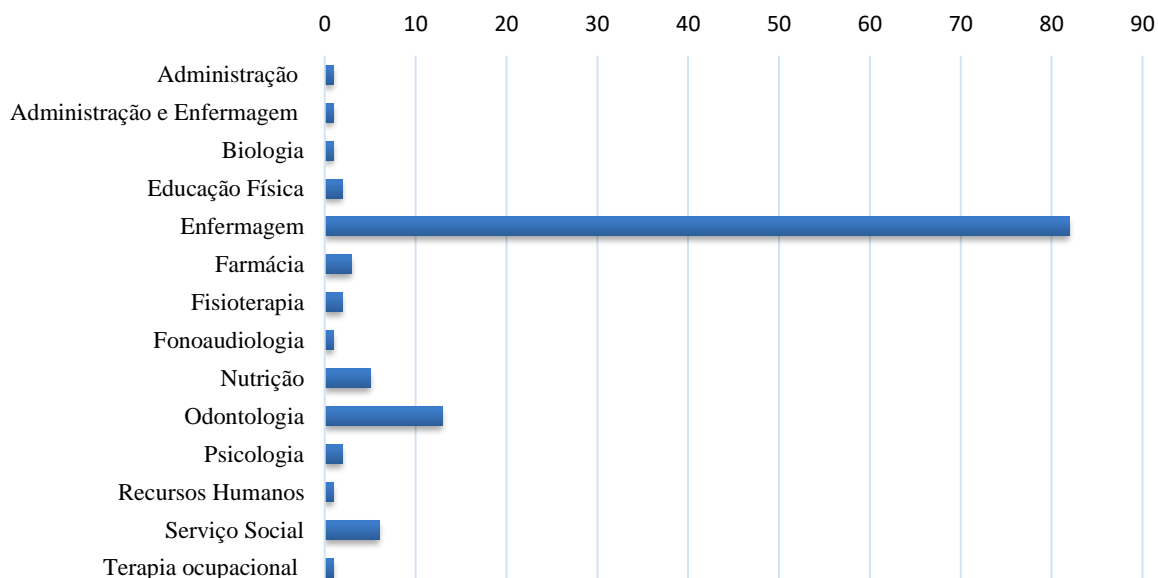


Gráfico 11: Percentual de gerentes de UBSs do município do Rio de Janeiro que cursaram pós graduação, 2023

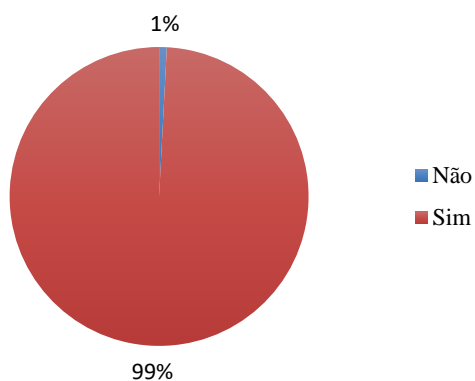


Gráfico 12: Modalidade formativa dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro com formação específica na área de gestão

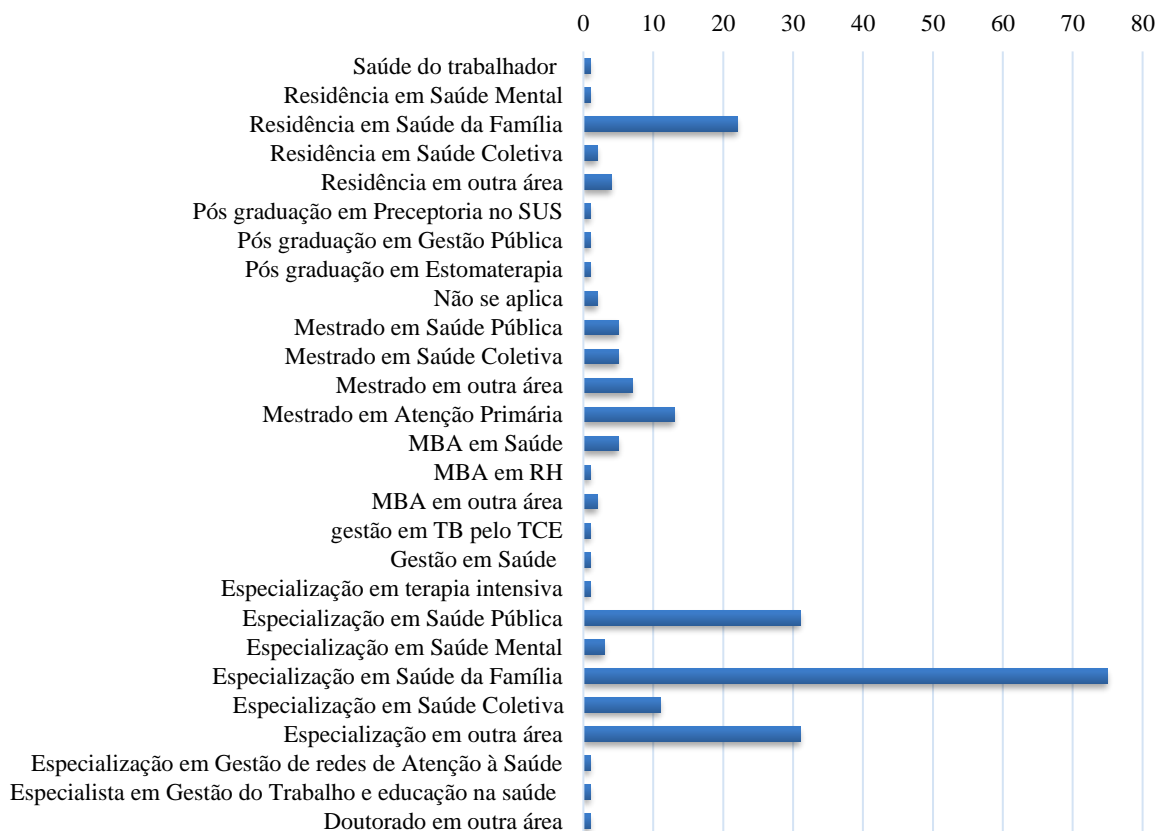


Gráfico 13: Gerentes de UBSs do município do Rio de Janeiro com formação específica na área de gestão

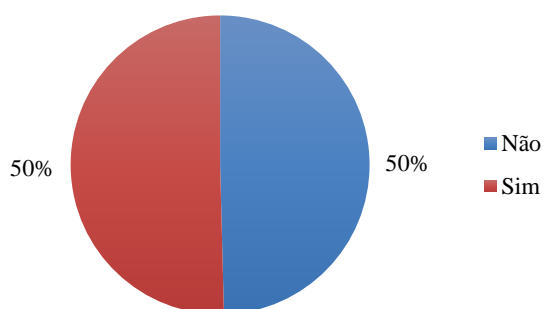


Gráfico 14: Formações específicas em gestão entre os gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

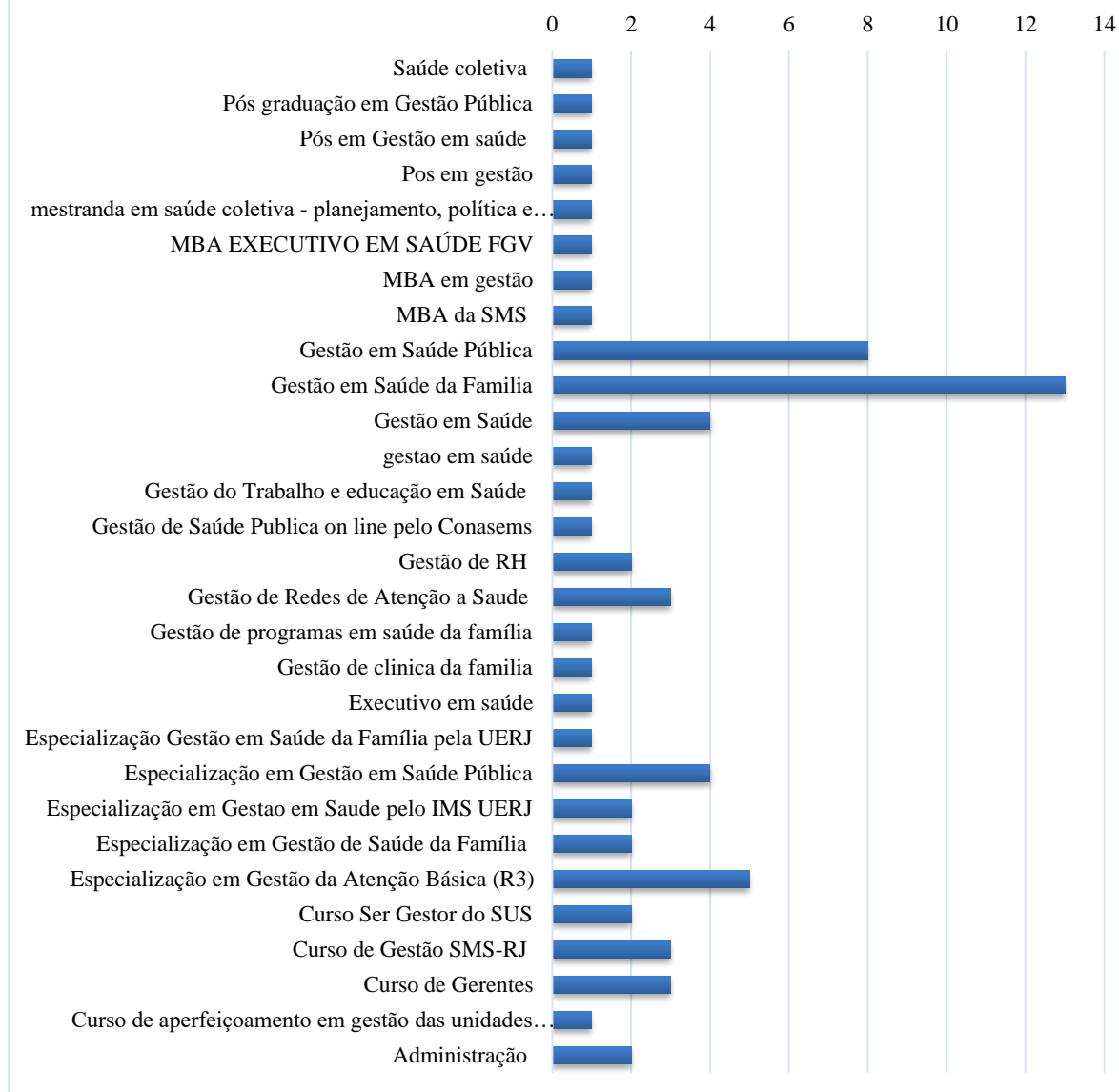


Gráfico 15: Tempo de atuação na Atenção Primária dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023

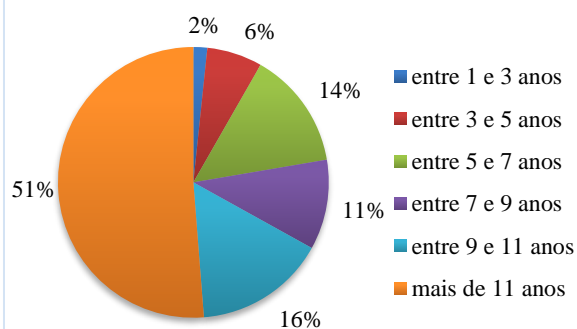
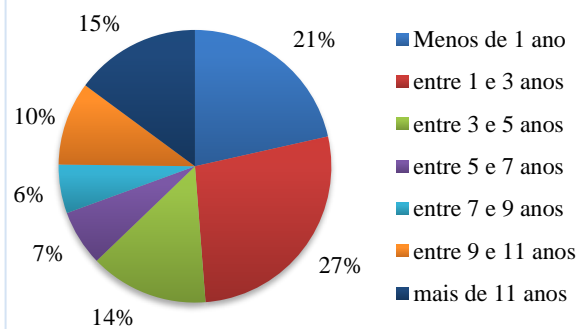


Gráfico 16: Tempo de atuação na função dos gerentes das UBSs do município do Rio de Janeiro, 2023



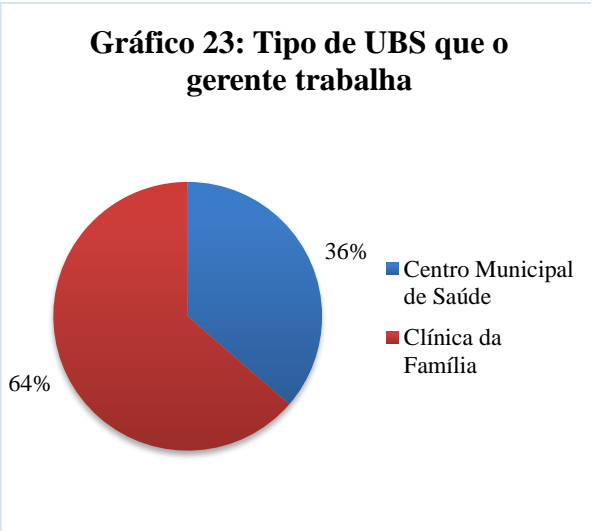
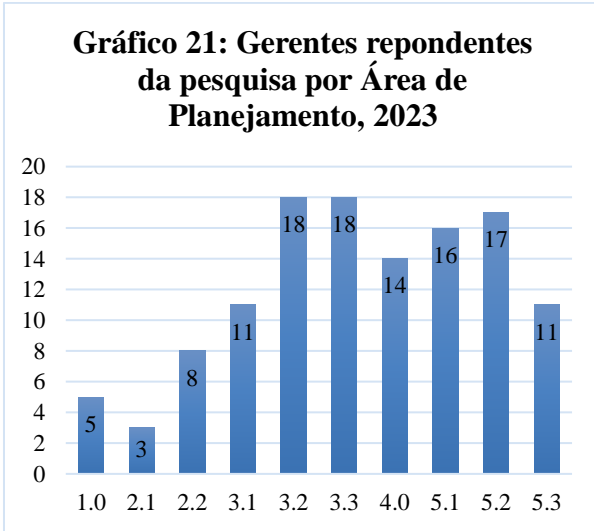
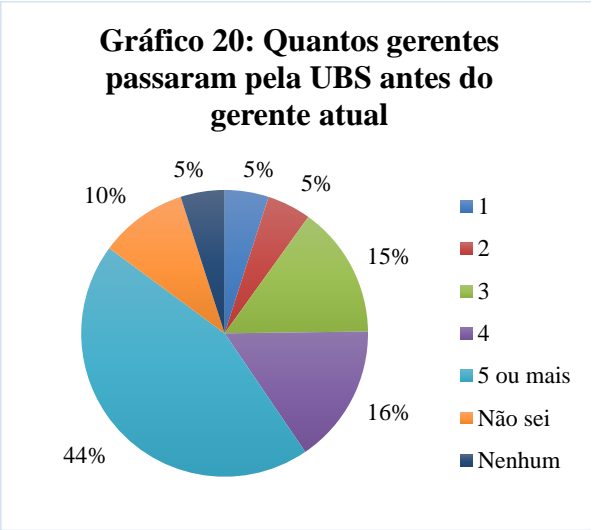
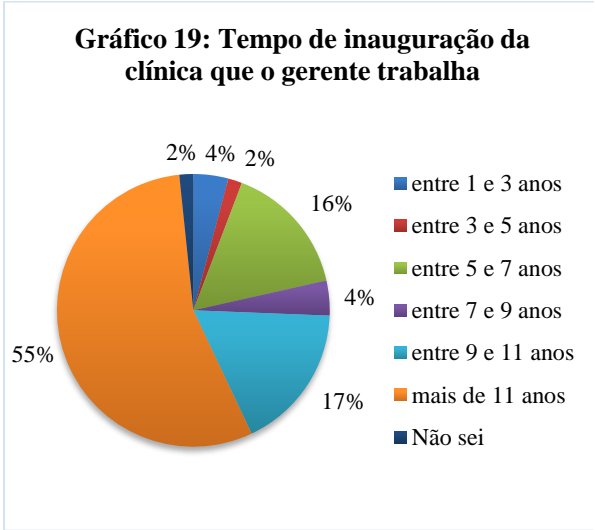
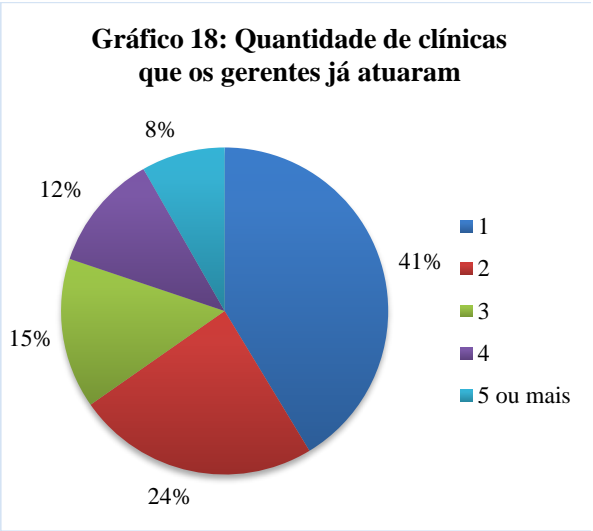
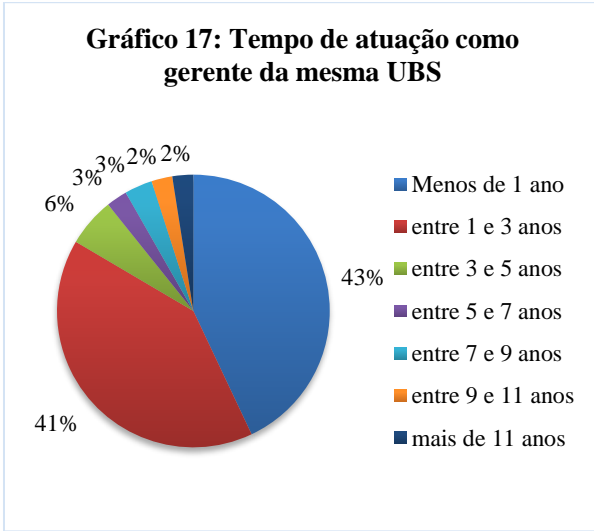


Gráfico 24: Atributos pontuados pelos gerentes, a partir da resolução nº 2964/2016 da SMS-RJ, para contratação de profissionais da categoria

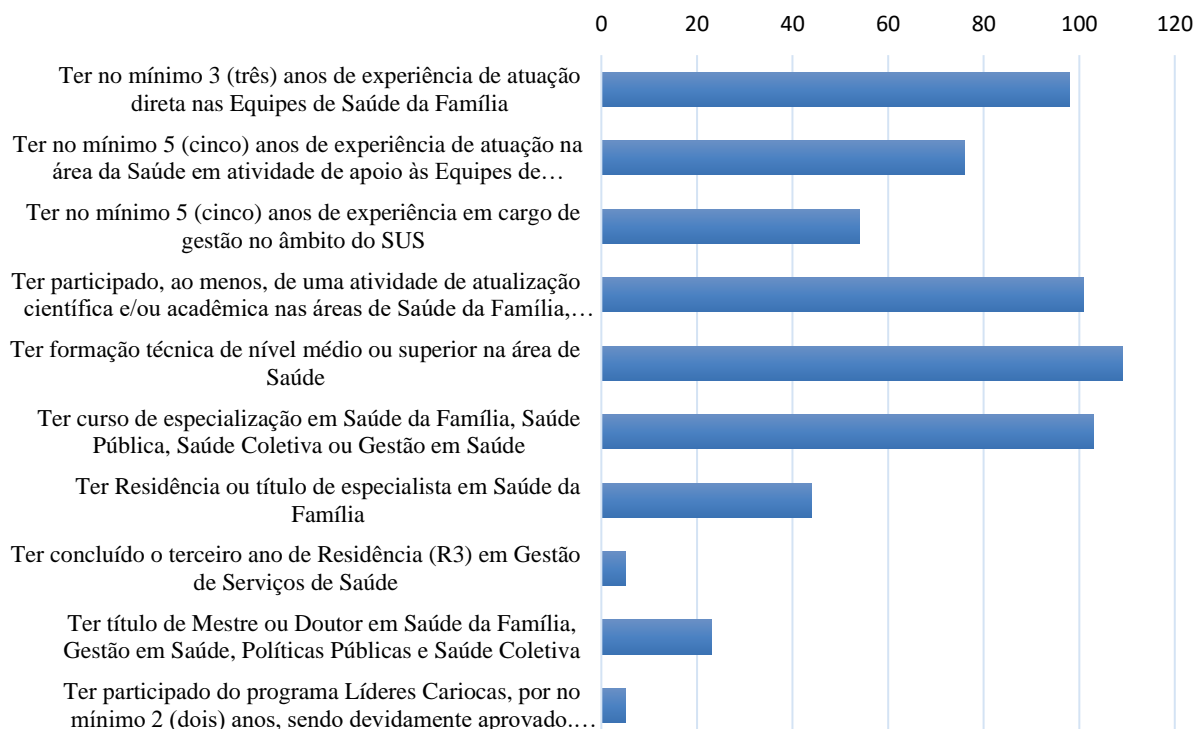


Gráfico 25: As 3 principais atribuições exercidas pelos gerentes das UBSs X as 3 atribuições idealizadas - Categorizadas

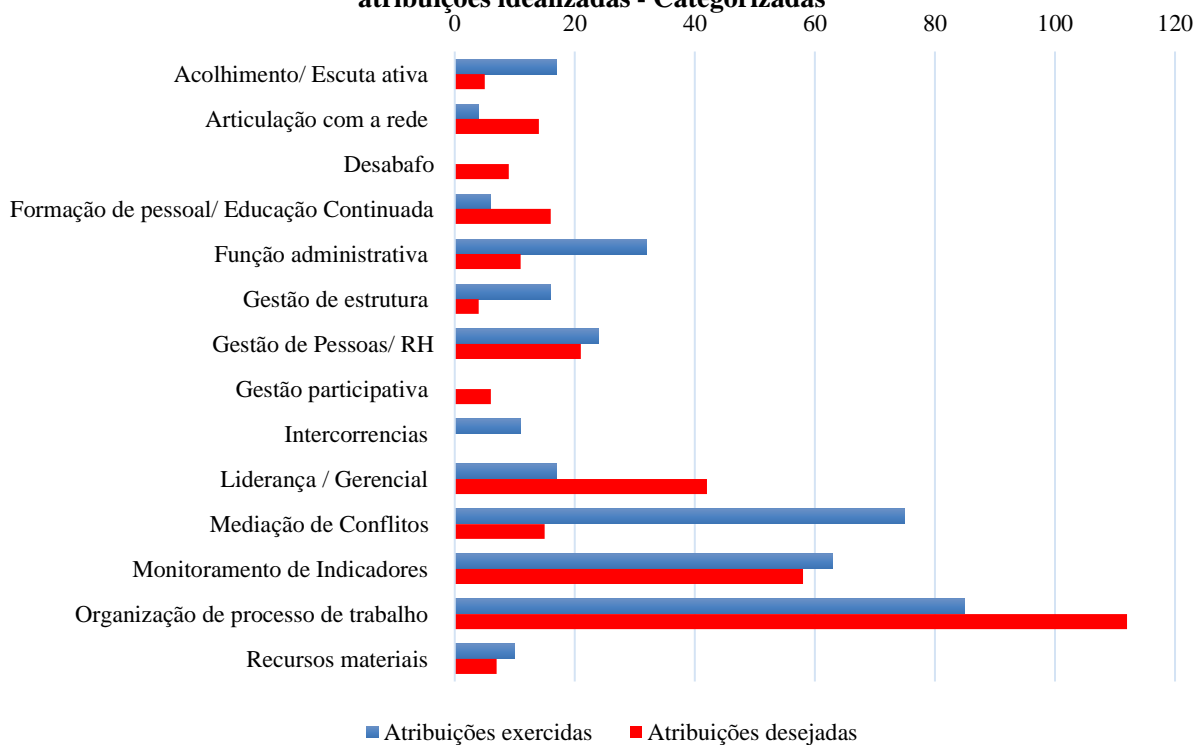
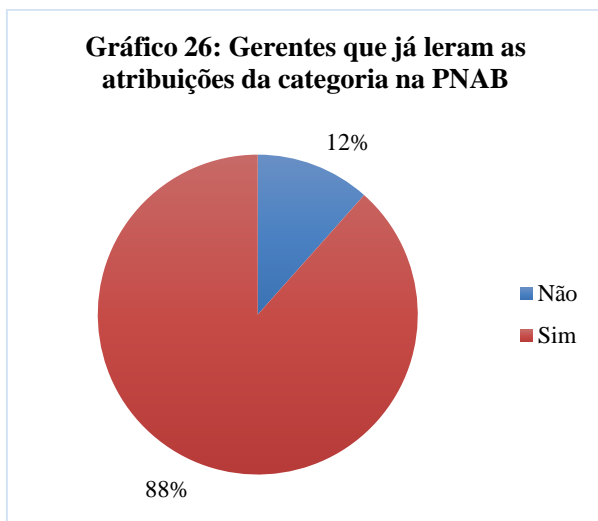
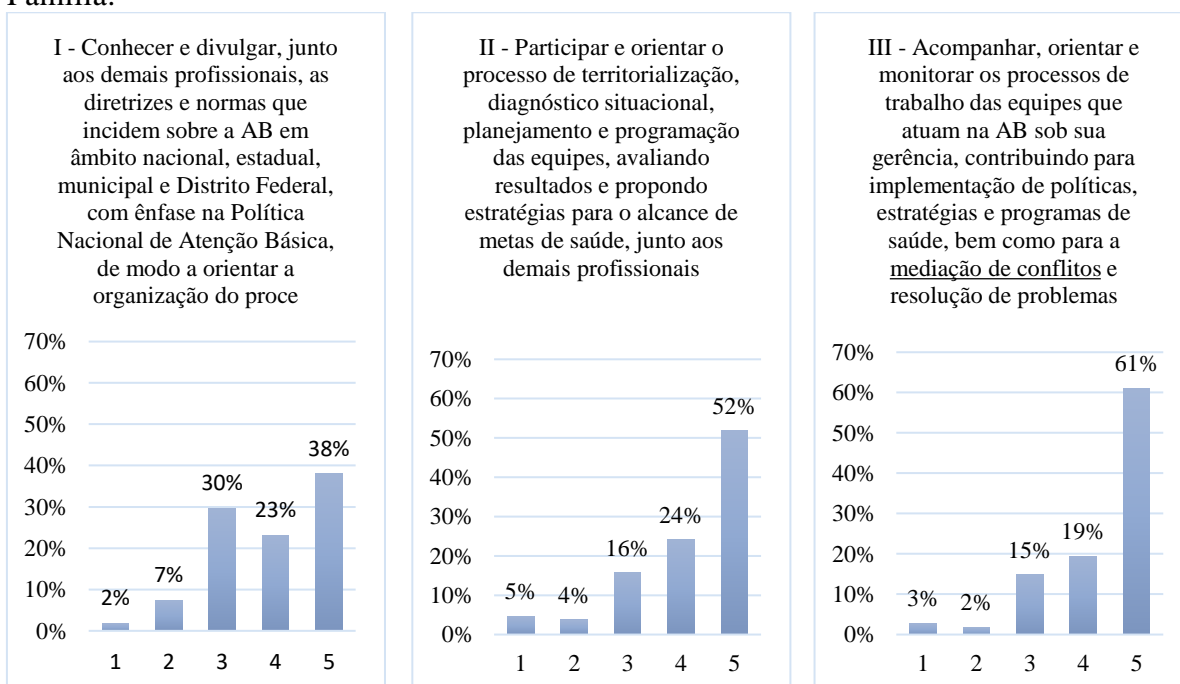


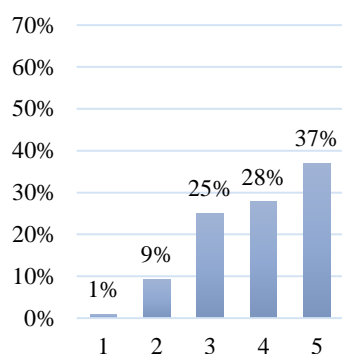
Gráfico 26: Gerentes que já leram as atribuições da categoria na PNAB



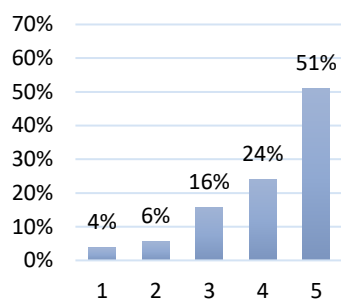
Questão 27: A partir das atribuições do gerente que estão descritos na PNAB de 2017, classifique em uma escala progressiva (onde 1 significa pouco presente e 5 muito presente) o quanto as atribuições estão presentes do seu cotidiano enquanto gerente de Clínica da Família.



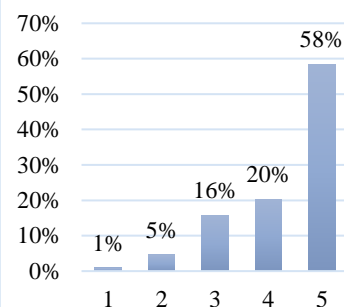
IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos



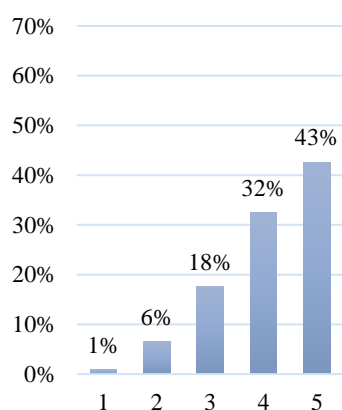
V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos



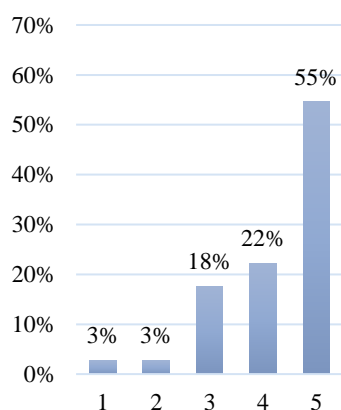
VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;



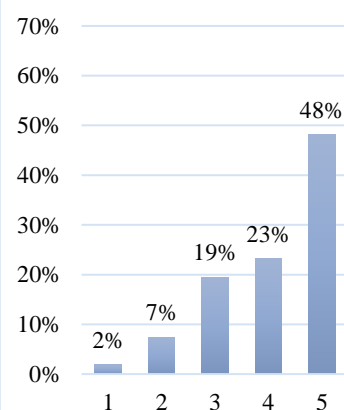
VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos



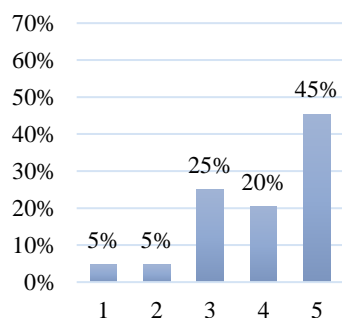
VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento



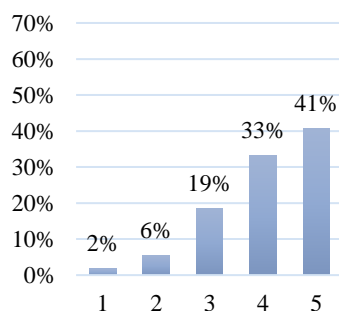
IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS



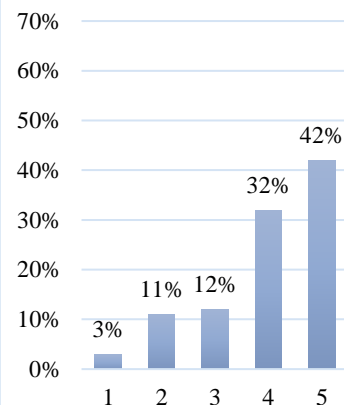
X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos dif



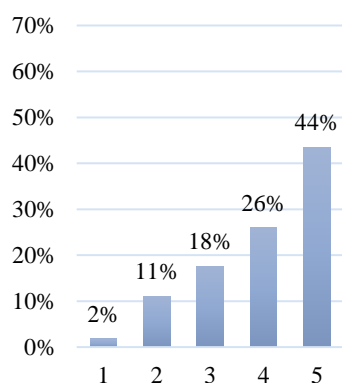
XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território



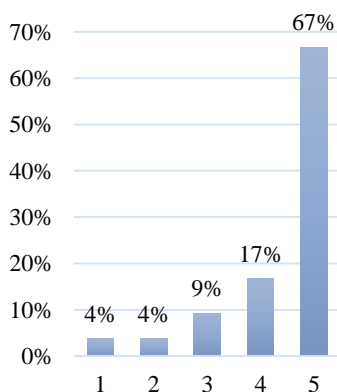
XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própr



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



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



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

