



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 6
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019
ISSN 0103-1104

Atenção básica e a micropolítica da gestão

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo:	José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro Ana Maria Costa Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues Cristiane Lopes Simão Lemos Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luísa Regina Pessôa

Suplentes | Substitutes

Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dábini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Ana Lúcia Abrahão - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Ândrea Cardoso de Souza - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Mônica Villela Gouvêa - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Benedito Carlos Cordeiro - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Maria Paula Cerqueira Gomes - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Nereida Lucia Palko dos Santos - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Dalvani Marques - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez - Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário - Argentina
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO ESPECIAL 6
RIO DE JANEIRO, DEZ 2019

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 4 **Políticas do cotidiano: a gestão na atenção básica**
Everyday policies: a management in primary care
Ana Lúcia Abrahão, Ândrea Cardoso de Souza, Túlio Batista Franco, Maria Paula Cerqueira Gomes

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 10 **Entre a 'grande política' e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica**
Between the 'great politics' and the self-government of Community Health Agents: the challenges of micropolitics in Primary Health Care
Luciana Soares de Barros, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

- 22 **Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro**
Necessary skills for the Family Health Units manager: a clipping of the nurse's practice
Josieli Cano Fernandes, Benedito Carlos Cordeiro, Aline Costa Rezende, Dandara Soares de Freitas

- 36 **Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma**
Profile analysis of managers of Basic Health Units in Criciúma
Flávia Henrique, Elizabeth Artmann, Juliano de Carvalho Lima

- 48 **Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde**
Challenges and strategies in the management of Basic Health Units
Selma Loch

- 59 **Processo Circular: avaliação no cotidiano da gerência de Unidades Básicas de Saúde**
Circular Process: daily evaluation of the Basic Health Units management
Mônica Villela Gouvêa, Elisete Casotti

ENSAIO | ESSAY

- 70 **Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde**
Basic Healthcare Network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care
Emerson Elias Merhy, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Mara Lisiane de Moraes Santos, Debora Cristina Bertussi, Rossana Staevie Baduy

- 84 **A prática como produção de saber na educação semipresencial**
Practice as knowledge production in semi-presential education
Ana Lúcia Abrahão

- 93 **Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?**
Clinic, care and subjectivity: after all, what kind of care are we talking about?
Túlio Batista Franco, Luiz Carlos Moreira Hubner

-
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY
- 104** **Processo Circular: avaliação da experiência de alunos/gerentes do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado na aplicação da ferramenta**
Circular Process: evaluation of the experience of students/managers of the Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical and Care Management in the application of the tool
 Angelo Brito Rodrigues
- 109** **Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde**
Descriptor Flowchart of the work process: tool to strengthen Primary Health Care
 Rosiane Pinheiro Rodrigues, Wesley Lieverson Nogueira do Carmo, Carla Isadora Barbosa Canto, Eliene do Socorro da Silva Santos, Lidiane Assunção de Vasconcelos
- 117** **O uso de ferramentas no processo de formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde: um relato de experiência**
The use of tools in the training process of Basic Health Units managers: an experience report
 Karina Cenci Pertile, Ana Paula Azevedo Hemmi, Camila Zamban de Miranda, Franchesca Fripp dos Santos
- 129** **O Processo Circular enquanto ferramenta para a gestão de conflitos em uma Unidade Básica de Saúde**
The Circular Process as a tool for conflict management in a Basic Health Unit
 Glebson Moura Silva, Deise Patrícia Freitas de Oliveira Carvalho, Deborah Brandão de Melo
- 138** **Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência**
Use of management tools in the micropolitics of health work: an experience report
 Mary Anne de Souza Alves França, Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli, Maisa Carolina de Castro Lima Vila Verde
- 147** **Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR**
Restorative practices in the management of a Family Health Strategy team: experience report in Pato Branco, PR
 Clodoaldo Penha Antoniassi, Janine Gehrke Pessotto, Luciane Bergamin
- 154** **Furando ondas para a qualificação dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde**
Hitting waves to qualify the managers of Basic Health Units
 Luzia Maria da Guia Malta Prata, Elzimar Palhano dos Santos, Rosiane de Araújo Ferreira Polido, Ândrea Cardoso de Souza
- 161** **Micropolítica da gestão e trabalho em saúde em um curso de Educação a Distância para gerentes da Atenção Primária à Saúde**
Micropolitics of health management and work in a Distance Education course for Primary Health Care managers
 Magda de Souza Chagas

Políticas do cotidiano: a gestão na atenção básica

Ana Lúcia Abrahão¹, Ândrea Cardoso de Souza¹, Túlio Batista Franco¹, Maria Paula Cerqueira Gomes²

DOI:10.1590/0103-110420195600

É COM PRAZER E IMENSA ALEGRIA QUE APRESENTAMOS este número especial da revista 'Saúde em Debate' do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em que é possível disponibilizar formulações e reflexões, produtos de vários anos de experimentação em encontros entre as pessoas que trabalham e que estão implicadas no cotidiano das redes de saúde. Esses encontros foram proporcionados pelo curso direcionado à Gerência da Atenção Básica da Universidade Federal Fluminense (UFF), que teve como foco as políticas do cotidiano e a micropolítica do trabalho. Sempre pronunciamos a ideia de que o 'chão de fábrica' dos serviços de saúde, ou seja, o local de encontro entre os usuários e trabalhadores, é um lugar onde germinam as inovações, pela força e potência criativa do próprio trabalho em saúde. Apoiados nessa convicção, buscamos trazer aos debates os cenários de práticas, as múltiplas relações no trabalho, o exercício cotidiano do ato de cuidar, para o primeiro plano de produção do curso. As disciplinas se tornaram assim, laboratórios de vidas na sua atividade cotidiana de produção do cuidado.

O curso percorreu todo o território brasileiro, foi invadido pelos vários sotaques, experiências de diferentes realidades, as muitas faces do imenso Sistema Único de Saúde se fizeram presentes. Ele foi produção de uma multidão, que, na sua multiplicidade, trouxe à cena aquilo que é comum a todas e todos nós: a função de acolher, cuidar, proteger os corpos que chegam para serem cuidados nas redes de serviços de saúde. O cuidado tem a função de dar passagem às suas potências.

Com toda diversidade presente, vemos que o comum em nós é o cuidar. A partir dessa ideia, encontramos a mesma gramática na produção da vida, que direciona as ações do trabalho, seja ele vinculado à atenção cotidiana à saúde, ou os processos de gerência e gestão dos serviços de saúde para o mesmo fim, que é a defesa da vida seja ela qual for. Todas as atividades do trabalho convergem sempre para o mesmo plano, que é a produção do cuidado¹.

Os encontros que experimentamos na gestão em saúde se misturam com as apostas de cuidado desenhadas pelas equipes. No cotidiano dos serviços, a produção intensa por modos de aliviar a dor, de construir com o usuário ferramentas com potencialidade de ampliar a vida e projetos terapêuticos se misturam com propostas de melhor desempenho do serviço, planejamentos e indicadores de saúde, ou seja, diferentes regimes de produção de verdades² se apresentam em um mesmo cenário que convoca gestor e trabalhador a compartilhar da vida do usuário, exercendo, nessa tecedura, arranjos que coloquem ou não em evidência as multiplicidades da existência.

Gestão e cuidado conformam dimensões importantes a serem enfrentadas, principalmente por subsumir modos de sustentação e ampliação da potência de vida no seu processo de

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
abrahaoana@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

produção. Não se trata de aplicação de conceitos, mas que eles sejam experimentados como ferramentas capazes de aprofundar e formular perguntas que operam no cotidiano dos serviços.

A defesa da produção de subjetividades como uma característica a ser analisada nos espaços em que opera a gestão e a assistência pode ser traduzida como conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva³. Uma dinâmica processual em que há forças que estabelecem relações com outras forças e com ela mesma, produzindo processos de subjetivação; forças em relação.

Subjetividades que se expressam concretamente e se materializam no trabalho, na construção de ideias, de planilhas, protocolos, nos atos de cuidado na construção de vínculos, na construção de negociações entre os profissionais. Essa materialidade produz diferentes arranjos e ofertas de assistência e de gestão capazes de ampliar ou restringir o acesso ao cuidado em saúde nas diferentes redes de atenção.

Aposta-se que olhar esse território de produção de subjetividades como múltiplos processos de produção de vida, gestão e assistência incorpora uma potente fonte para pensar os diferentes problemas inerentes a essas dimensões. Os movimentos das instituições atravessam constantemente o gerar, o gerir e o cuidar nos serviços de saúde. Na produção de subjetividades, as tensões são fabricadas e merecem ser analisadas na medida em que são identificadas.

A constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão, lidando com as redes de dependência, torna possível desencadear processos de corresponsabilização, promovendo um modo de gerenciar que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos⁴.

Vemos, então, que não se trata de estabelecer hierarquias sobre a produção da saúde construída pelas equipes, nem mesmo de tomá-las em oposição, já que cada processo é composto de múltiplas direções e instituições que se atravessam produzindo infinitos encontros. Caminhos díspares cruzam a todo instante o plano da gestão em saúde e da produção das equipes. O fluxo contínuo de processo de subjetivação em que a invenção se faz presente compõe a paisagem. Aproximar-se desse território requer ferramentas que possam, ao penetrar entre as moléculas da gestão, da assistência, analisar seus fluxos, provocar 'pororocas'⁵.

Propor movimentos de análise sobre o processo que opera na gestão e na produção das equipes de saúde não é uma ação rotineira que identificamos nos serviços. Com facilidade, o que encontramos são conflitos de diferentes origens e uma baixa capacidade de enfrentá-los como matéria: o gerar. São processos que agitam a vida dos serviços que recortam as atividades e nos convocam para análise, um convite que quase sempre deixamos para depois. São pontos que agitam o nosso processo de operar por entre as lógicas instituídas como analisadores. Tomar o cotidiano do trabalho nas suas diferentes redes e formas de atenção e gestão requer um exercício de olhar para uso das tecnologias que são incorporadas nesse processo em suas diferentes dimensões: operativas, políticas, comunicacionais, simbólicas, subjetivas.

Colaboradores

Abrahão AL (0000-0002-0820-4329)*, Souza ÂC (0000-0002-6549-8634)*, Franco TB (0000-0001-7372-5262)* e Gomes MPC (0000-0002-5811-3302)* contribuíram igualmente para a elaboração da apresentação.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23): 427-438.
2. Foucault M. Verdade e poder. In: *Micropolítica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
3. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 3. ed. São Paulo: Editora 34; 1992.
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Abrahão AL. *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. 190 p.

Everyday policies: a management in primary care

Ana Lúcia Abrahão¹, Ândrea Cardoso de Souza¹, Túlio Batista Franco¹, Maria Paula Cerqueira Gomes²

DOI:10.1590/0103-11042019S600

IT IS WITH GREAT PLEASURE AND JOY THAT WE PRESENT this special issue of the journal 'Saúde em Debate' of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), where it is possible to make available formulations and reflections, products of several years of experimentation in meetings between the people who are involved in the daily lives of health networks. Those meetings were provided by the course directed to the Primary Care Management of the Fluminense Federal University (UFF), which focused on daily policies as well as work micro-politics. We have always spoken of the idea that the 'shop floor' of health services, that is, the meeting place for users and workers, is a place where innovations germinate, through the creative power and force of health work itself. Supported by this conviction, we seek to bring to the debates the scenarios of practices, the multiple relationships at work, the daily exercise of care, all brought to the first production plan of the course. Thus, the courses became life laboratories in their daily activity of production of care.

The course has traveled throughout the Brazilian territory, it was invaded by various accents, experiences, of different realities, and the many faces of the huge Unified Health System (SUS) were present. It was the production of a multitude, which, in its multiplicity, brought to the scene what is common to all of us: the work of welcoming, caring, protecting the bodies that come to be cared for in health care networks. Care has the function of giving way to its powers.

With all the diversity present, we see that what we all have in common is caring. From this idea, we find the same grammar in the production of life, which directs the actions of work, whether linked to daily health care, or the processes of administration and management of health services for the same purpose, which is the defense of life whatever it may be. All work activities always converge to the same plan, which is the production of care¹.

The meetings we experience in health management blend with the care proposals drawn by the teams. In the daily routine of services, the intense production of ways of relieving pain, of building life-enhancing tools and therapeutic projects with the user is mixed with proposals for better service performance, health planning, and health indicators, that is, different regimes of producing truth² are presented in a same scenario that calls for manager and worker to share the user's life, carrying out, through this weaving, arrangements that highlight or not the multiplicities of existence.

Management and care conform important dimensions to be faced, mainly for subsuming ways of sustaining and expanding the life power in its production process. It is not a matter of applying concepts, but rather that they are experienced as tools capable of deepening and formulating questions that operate in the daily routine of services.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
abrahaoana@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



The defense of the production of subjectivities as a characteristic to be analyzed in the spaces in which management and assistance operate can be translated as a set of conditions that make it possible for individual and/or collective instances to be in a position to emerge as a self-referential existential territory, in adjacency or relation of delimitation with an alterity that is itself subjective³. A procedural dynamic in which there are forces that establish relationships with other forces and with itself, producing processes of subjectivation; forces in relation.

Subjectivities that express themselves concretely and are materialized in the work, in the construction of ideas, in spreadsheets, protocols, in acts of care in the construction of bonds, in the construction of negotiations between professionals. Such materiality produces different arrangements and offers of assistance and management capable of either expanding or restricting access to health care in different care networks.

We make a bet that looking at this territory of production of subjectivity as multiple processes of production of life, management, and care incorporates a powerful source for thinking about the different problems inherent to these dimensions. Institutional movements constantly go through the generation, the management, and the care of health services. In the production of subjectivities, tensions are created and deserve to be analyzed insofar as they are identified.

The constitution of collectives based on models focused on shared experiences of management, dealing with dependency networks, makes it possible to trigger co-responsibility processes, promoting a way of managing that leaves room for the dynamics of singularization and, therefore, of autonomy of the subject involved⁴.

We can see, then, that it is not a matter of establishing hierarchies regarding the production of health constructed by the teams, nor even of taking them in opposition, since each process is composed of multiple directions and institutions that cross each other producing infinite encounters. Different paths are always crossing the plan of health management and production of teams. The continuous flow of the subjectivation process in which invention is present makes up the landscape. Approaching this territory requires tools that are able to, by penetrating between the molecules of management, assistance, analyzing their flows, provoke 'pororocas'⁵.

Proposing movements of analysis about the process that operates in the management and production of health teams is not a routine action that we identify in services. Quite often, what we find are conflicts from different sources and a low ability to confront them as matter: the generating. These are processes that agitate the life of the services that cut out the activities and call us for the analysis, an invitation that we almost always leave for later. These are points that agitate our process of operating through the various logics established as analyzers. Taking the daily work in its different networks and forms of care and management requires an exercise of looking at the use of technologies that are incorporated in this process in their different dimensions: operative, political, communicational, symbolic, subjective.

Collaborators

Abrahão AL (0000-0002-0820-4329)*, Souza ÂC (0000-0002-6549-8634)*, Franco TB (0000-0001-7372-5262)* and Gomes MPC (0000-0002-5811-3302)* have equally contributed for the preparation of this presentation.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23): 427-438.
2. Foucault M. Verdade e poder. In: *Micropolítica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
3. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. 3. ed. São Paulo: Editora 34; 1992.
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Abrahão AL. *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência [tese]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. 190 p.

Entre a ‘grande política’ e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica

Between the ‘great politics’ and the self-government of Community Health Agents: the challenges of micropolitics in Primary Health Care

Luciana Soares de Barros¹, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S601

RESUMO Investigação qualitativa que teve como foco o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na busca de compreender como eles operam as suas práticas e como constroem relações no território e na Unidade Básica de Saúde (UBS). Foi realizada observação participante em seis UBS da região metropolitana de São Paulo por dez meses. Para a análise do material, foi utilizado o conceito de ‘planos de visibilidade’, constituídos por cenas registradas em diário de campo pelo pesquisador, os quais permitiram emergir questões relativas à recusa da população; à violência e narcotráfico no território e ao difícil manejo do segredo da comunidade. Além disso, evidenciou-se como o ACS tem-se tornado um ‘trabalhador multiuso’ nas UBS, que pensa sua ocupação em caráter provisório, bem como a sua relação com a racionalização das práticas e com a equipe de saúde. O estudo evidenciou um trabalhador em mutação, que reproduz práticas biomédicas e burocratizadas, o que pode desfigurar o seu papel enquanto elo da comunidade, mas que também consegue ser bastante criativo, (re)inventando permanentemente suas práticas, de modo mais complexo do que prescrito nas formulações originais da política de saúde, em função, entre outras coisas, dos problemas que enfrenta nos territórios em que atua.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *This investigation focus on the work process of Community Health Agents (ACS) as an effort to understand how they operate their practices, give meaning to their work, and establish relationships in a territorial context and the Basic Health Unit (BHU). For this purpose, we carried out participant observations in six BHU along ten months. For the analysis, we built the concept of ‘visibility plans’ referent to the ACS’s work dimensions, not always immediately visible, as a sensitive coexistence with many forms of violence and drug trafficking in the territory, the difficult management of the community’s secrecy, and even the population’s refusal regarding household visits, a central component to their action. It has also been demonstrated how the ACS have become a sort of ‘multitask worker’ within the HCC in a precarious or provisional nature, aside from the often difficult relationship with the health care team. A changing worker has been revealed reproducing biomedical and bureaucratic practices, which may disfigure their bonding role with the community, but who also permanently (re)invents their practices in a more complex way than prescribed in the original formulations of health policies due to, among other factors, the complexity of the territories where they are active.*

KEYWORDS *Community Health Workers. Primary Health Care. Qualitative research.*

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
barros.luciana@gmail.com



Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm sido considerados, ao longo dos anos pelo Ministério da Saúde (MS)^{1,2}, e em vários trabalhos³⁻⁵, como fundamentais para a viabilização de novos modos de organizar os cuidados primários em saúde.

O contingente de ACS em atividade, em 2017 no Brasil, era de quase 265 mil, atuando em 5.500 municípios, o que correspondia a uma cobertura de quase 67% da população brasileira⁶.

Desde que surgiram no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), sua trajetória institucional tem sido marcada por desafios e lutas no que se refere à sua institucionalização, e pela busca por melhores condições de trabalho. Afinal, qual a 'identidade' do ACS?

É possível identificar as atribuições dos ACS, conforme definido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em duas dimensões principais: uma mais técnica, relacionada com o atendimento às famílias, intervindo para a prevenção de agravos e monitoramento de grupos prioritários e/ou com problemas específicos, e outra, de cunho mais político, de apoio à organização da comunidade e transformação das condições de vida da população³. É o que será denominado no texto de a 'grande política', qual seja, as diretrizes oficiais para orientar a atuação desse trabalhador.

É possível verificar alguns avanços do ponto de vista da institucionalização do trabalho do ACS no SUS, em especial a partir da publicação da Lei nº 10.507 (2002) que regulamentou sua profissão; a Lei nº 11.350, de 2006, que deliberou sobre o exercício das atividades e o vínculo do ACS e do Agente Comunitário de Endemias (ACE), circunscrevendo sua atuação exclusivamente no âmbito do SUS; e mais recentemente a Lei nº 12.994/2014 que prescreveu o vínculo empregatício direto e o piso salarial da categoria.

A Portaria nº 2.436⁷, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) no âmbito do SUS, amplia o escopo da sua atuação, atribuindo-lhes ações

de saúde tradicionalmente designadas aos técnicos de enfermagem, o que tem levantado preocupações sobre uma possível descaracterização de suas atribuições originais, em particular, o fato de desobrigar a sua inserção na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo produzir uma maior aproximação com a micropolítica do trabalho dos ACS, suas práticas, a gestão do seu trabalho e os sentidos que dão para ele, dando visibilidade para elementos presentes no cotidiano de sua atuação na AB, principalmente em cidades maiores, como foi o caso do estudo, que, como veremos, alarga e complexifica, de modo significativo, o que foi pensado como suas atribuições originais.

Material e métodos

O estudo, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso⁹⁻¹¹, adotou, como ponto de partida, o foco no plano microsocial¹², na micropolítica do trabalho vivo¹³. Privilegiaram-se elementos epistemológicos e metodológicos presentes em abordagens como a sociologia reflexiva^{12,14} e no chamado método cartográfico¹³⁻¹⁵, ancorados nos seguintes pressupostos: o reconhecimento de que não existe neutralidade na pesquisa, pelo contrário, o pesquisador faz parte e modifica o campo de pesquisa; que o ato de pesquisar abre questões ao invés de fechá-las, e que a pesquisa não tem pretensões de revelar ou verificar verdades, mas produzir o conhecimento por meio da troca dialógica do pesquisador entre os atores que compõem o campo de pesquisa.

O trabalho de campo, realizado mediante observação participante, foi executado em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em três cidades da região metropolitana de São Paulo, envolvendo uma equipe de seis pesquisadores, incluindo uma coautora do presente artigo. Com uma dedicação de 8 horas a 12 horas semanais durante dez meses (de janeiro a outubro de 2014), os pesquisadores acompanharam os processos de trabalho e cuidado destas

UBS, produzindo diários de campo a cada visita realizada. Nos diários de campo, eram registradas ‘cenas’ que chamavam a atenção do pesquisador do dia a dia da UBS e seus diferentes trabalhadores, aquilo que ia transcorrendo durante a presença do pesquisador em campo. Para este estudo, foram recortadas para a análise ‘cenas’ que diziam respeito aos ACS.

Tais registros feitos em seis UBS diferentes, posteriormente, eram postados em site específico da pesquisa, permitindo que todos os pesquisadores tivessem acesso às observações realizadas nas UBS incluídas no estudo.

Este estudo está vinculado a uma pesquisa contemplada pelo Programa de Pesquisas para o SUS (PPSUS), com financiamento via Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com o parecer nº 991.265 e CAAE: 41294814.4.0000.5505.

Análise dos dados

O material empírico produzido no correr do desenvolvimento do campo, abordando várias dimensões dos cuidados primários em saúde, era apresentado e analisado em seminários de pesquisa envolvendo todos os pesquisadores. Nesses seminários, iam sendo formulados, gradualmente, o que se denominou ‘planos de visibilidade’. Apesar de serem unidades diferentes entre si, havia algo em comum entre elas quando se tratava do trabalho do ACS. Cenas que tratavam de situações semelhantes (ocorrências, comportamentos, falas e reflexões etc.), quando conectadas entre si (por proximidade), resultavam em planos de visibilidade. Plano de visibilidade, portanto, é aquilo que emerge do material empírico bruto, quando tal estratégia de tratamento metodológico é adotada. Produzir visibilidades para elementos do cotidiano de trabalho que podem passar despercebidos, ou não valorizados, inclusive pela gerência da unidade. Visibilidades

que emergem da micropolítica do trabalho dos ACS: práticas, invenções, atos de resistência, reflexões, criatividade e produção de novos sentidos para seu trabalho.

Para a elaboração da dissertação que gerou o presente artigo, foi realizada a leitura extensiva de todo o material produzido nos diários de campo, ‘extraíndo’ deles cenas registradas que, de modo mais ou menos direto, traziam informações sobre o trabalho dos ACS. Reiterando: tais planos deram ‘visibilidade’ para elementos importantes do cotidiano desses trabalhadores nem sempre previstos na formulação da política de saúde e quase nunca levados em consideração pela gestão da unidade.

Na finalização do processo de pesquisa, foram realizados Seminários Compartilhados (SC) entre pesquisadores e membros das equipes das unidades estudadas, um para cada UBS-campo de pesquisa. Estes SC ocorreram no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015. Não foram definidos, *a priori*, critérios para determinar quais trabalhadores seriam convidados. No geral, cada SC contou com a presença de quatro a seis representantes das UBS, dentre eles: ACS; enfermeira; profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); gerentes, e uma liderança comunitária presente em um dos SC cuja UBS tinha como característica uma forte mobilização popular.

Os critérios que mobilizaram os convites para participação dos SC, de modo geral, tinham relação com o vínculo do pesquisador com o convidado durante o trabalho de campo, e/ou o fato de o trabalhador convidado ‘estar presente’ em muitos diários de campo, e/ou por seu reconhecimento e legitimidade perante os demais membros da equipe.

Nesses seminários, era realizada uma apreciação conjunta do material empírico produzido durante a investigação. Neles, eram apresentadas algumas cenas registradas durante o trabalho de campo, tendo como principal objetivo ampliar a capacidade do grupo de pesquisa de analisar e compreender o material empírico, abrindo possibilidades de inserção de novas perspectivas e sentidos ainda não valorizados.

Resultados e discussão: os 'planos de visibilidade'

Os 'planos de visibilidade' que emergiram no tratamento do material empírico ajudam a reconhecer o quanto a natureza e a produção do trabalho do ACS em sua dimensão micropolítica são mais complexas e contraditórias do que o prescrito pela política de saúde, pela 'grande política', constituindo-se tal constatação, e suas indicações para a gestão local de saúde, o principal resultado do presente estudo.

O fato de o ACS recrutado nem sempre 'ser do território' é apreciado como positivo pelo ACS

A formação de vínculo com determinada comunidade e o conhecimento, em princípio, de suas necessidades pelo fato do ACS ser recrutado no seu território de moradia, são apontados como as principais características do ACS como um novo tipo de trabalhador de saúde.

No entanto, e como fato surpreendente, vários ACS que participaram dos SC com os pesquisadores apontaram a desvantagem de morar no mesmo território no qual atuam profissionalmente, dada a perda de privacidade, o que, em alguns casos, chega a colocá-los em risco. Para alguns, esse problema chega a ser maior do que as vantagens que adviriam na área de cobertura da unidade de saúde.

A política de saúde diz que a gente tem que morar no território por conta do vínculo. Eu acho que esse é o pior, se não tem vínculo é mais fácil de você saber o que é que você faz independente de onde você mora. Eu morava lá eu não conhecia nem a rua de trás da minha casa, aprendi a conhecer no dia a dia, agora sei nome, número de tudo, de qualquer rua do território, e assim, eles conhecem mais a gente do que a gente [a eles]. Então quem fica mais vulnerável é a gente do que eles. (Seminário Compartilhado da UBS 1).

Essa dimensão trazida por diversos ACS que participaram dos SC alerta sobre as discrepâncias entre as diretrizes oficiais da política de saúde para a atuação e responsabilidades dos ACS, e a micropolítica do seu trabalho, considerando as condições concretas em que atuam; e as surpreendentemente complexas relações que estabelecem com a 'comunidade', quando toda uma ética do trabalho (o segredo, a privacidade, a normalização da vida etc.) é posta de modo tenso e permanente. Aqui, também, estamos diante de um tema importante para o acompanhamento e o apoio da gestão – o que nem sempre acontece –, de modo que os ACS vão tendo que lidar, por conta própria, com desafios nada fáceis para seu trabalho.

Existem situações no território em que os ACS sentem receio de colocarem em risco sua própria integridade física ou a de seus familiares, como em relação ao manejo de segredos. O modo como o ACS lida com os segredos dos usuários comporta algumas possibilidades: há situações em que o ACS abre o segredo para equipe; há situações que ele não abre ou abre, parcialmente, para apenas um membro da equipe; há situações em que ele não sabe o que fazer com o segredo.

Conversa de uma ACS com pesquisadores sobre uma suspeita de abuso sexual de uma criança do território:

Eu não passo na reunião esse tipo de coisa, eu passo para a enfermeira, mas para a equipe não. Porque fica essa coisa que todo mundo conhece todo mundo. (Seminário Compartilhado - UBS 2).

O segredo, portanto, faz parte da vida privada dos cidadãos, de comunidades, bem como do cotidiano dos ACS. Eles são trabalhadores, cuja natureza do trabalho é acessar o privado. O fato de morarem na mesma área em que trabalham possibilita que eles tenham acesso a muitas questões que são invisíveis para a equipe de saúde e que, possivelmente, apenas os ACS terão acesso. Isso acontece ora pela confiança que os moradores depositam neles, pelo vínculo profissional e/ou

pelo *status* de vizinhança, ora por serem parte integrante da comunidade por onde os segredos circulam.

Estavam presentes três das equipes da UBS, além da psicóloga do Nasf, as matriciadoras (psiquiatra do Caps-i e Enfermeira do Caps-AD) e eu. No segundo caso, a equipe contou sobre o usuário C: familiares apresentaram o rapaz como violento, e com queixa de 'enxergar faixas pretas e brancas' além de falar sozinho, e a equipe suspeita que ele faça uso de drogas. Preocupada com isso, a enfermeira questionou sua irmã em consulta de pré-natal sobre o relacionamento deles e comportamento do rapaz em casa. A irmã contou para C sobre os questionamentos, e ele ficou irado, foi até a casa da ACS e ameaçou matar a enfermeira. A enfermeira ficou alguns dias sem ir à área, evitando encontrá-lo. Quando o encontro foi inevitável, ela negou ter feito os tais questionamentos, e o rapaz então se desculpou. A equipe também trouxe o caso de E.C., 56 anos, com diagnóstico de depressão após descobrir as traições do marido. Não quer vir à UBS, pois sente que está agressiva, e contou somente à ACS que pensou em agredir a médica durante consulta. (Matriciamento Saúde Mental – UBS 5)

Convivendo com a recusa

Visitar as famílias do território uma vez por mês faz parte das prescrições do trabalho dos ACS. No entanto, essa normativa não está necessariamente relacionada com as necessidades e demandas dos usuários. Existem dissonâncias entre a oferta dos ACS nas Visitas Domiciliares (VD) e as expectativas dos usuários, o que pode resultar em recusa às visitas.

Segundo a ACS Bf, o que mais a incomoda é ter que ir todo mês à casa de quem não quer atender, e conta várias situações onde ela tem certeza que tem gente em casa e que não abrem a porta, mandam as crianças atenderem e dizer que a mãe está fora, ou gritam lá de dentro que não tem ninguém. (UBS 4).

Ao chegar à área, o grupo se divide batendo em várias casas ao mesmo tempo. Logo uma senhora aparece na varanda e ao descobrir que são as agentes para falar sobre dengue começa a reclamar, diz que não vai atender, que elas passaram por lá não tem nem 15 dias. A senhora falava da parte de cima da casa, gritando para quem quisesse ouvir e as meninas estavam na rua (as ACS), tentando convencê-la a abrir a porta. Bn e By saíram logo de perto, indo em direção à outra casa e ao passarem por mim, Bn falou: 'Tá vendo. É essa humilhação que a gente passa todo dia. Eu não fico insistindo, não quer a nossa presença não sou eu que vou insistir'. (Em VD com ACS – UBS 3).

Essa dimensão da recusa e humilhação é frequente nas falas dos ACS. Eles precisam, nos seus cotidianos de trabalho, lançar mão de subterfúgios para conseguirem (ou tentarem) adentrar nas casas dos usuários, como fazer ameaça de multa, como foi possível perceber nas observações, ou ocuparem o lugar de mediação para outros acessos na UBS (consulta ou procedimentos por exemplo), ao invés de serem reconhecidos em suas atividades de educação e prevenção em saúde.

O que o material empírico apresenta é que, nesse percurso de mais de duas décadas da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e ESF, os encontros entre ACS e comunidade são múltiplos, e não estão garantidos apenas pelo fato de o ACS residir no bairro de atuação.

Convivendo com o narcotráfico e com a violência

Outro fator que está intimamente ligado ao cotidiano do ACS é o seu convívio com o narcotráfico e com a violência. Diferentemente da maioria da equipe que mora, muitas vezes, distante da UBS, os ACS estão inseridos nessa realidade e, portanto, precisam criar estratégias para lidar com ela¹⁹. Tais estratégias passam a funcionar como regras de trabalho compartilhadas entre os ACS, como, por exemplo, adotar

determinados códigos de conduta, fixarem horário de visita em territórios comandados pelo narcotráfico, ou mesmo naturalizarem determinadas situações que em outros contextos poderiam ser motivo de estaremcimento.

Ela me mostra um galpão com alguns jovens na porta. Conta que ali é ponto de refinação e distribuição de drogas para as 'bocas'. Ela diz de forma natural: 'Eles são tranquilos. Uma vez fui lá e eles ficaram fumando maconha e cheirando cocaína enquanto eu fazia o cadastro do SUS deles'. Conta a história de duas enfermeiras do curso de especialização de PSF e que não conheciam a área: 'São ingênuas. Subiram ali naquele sobrado onde tinha um monte de caras usando drogas pra falar com eles. Numa dessas, esses caras dão uma paulada na cabeça delas e fazem o que querem. Eu avisei pra não fazerem mais isso...'. (VD com ACS - UBS 3).

Em um dos SC (UBS 2), uma ACS expõe: “a gente tá tão acostumado que nem sente mais”. É quase uma estratégia de sobrevivência. Diferentemente de grande parte da equipe que retornam para as suas residências ao fim do expediente, muitas vezes distantes da UBS, os ACS convivem com essa realidade.

Desse modo, o conceito e o efeito do narcotráfico e da violência operam de modo diferente a depender do lugar que se ocupa: dos pesquisadores; dos profissionais de saúde que moram distante da UBS e do lugar de quem é morador daquele território, como é o caso dos ACS. O lugar que os ACS ocupam na UBS na relação com a população é revelador de outro ponto de vista sobre a violência e sobre o narcotráfico, mais relativizado, mais naturalizado e de maior convivência do que o presente no discurso do restante da equipe e fora do alcance da 'grande política'.

Do ACS militante ao ACS mutante

A multiplicidade de concepções e entendimentos sobre o ACS e sobre a sua função coloca em evidência as expectativas que ele

teria que atender no seu trabalho cotidiano e, por consequência, algumas condições concretas de conformação de uma identidade diante da valorização de um determinado perfil de atuação²⁰.

Frequentemente, para que os ACS consigam cumprir todas as demandas atribuídas a eles, não basta desempenhar um conjunto de tarefas prescritas para a função, eles precisam ser uma espécie de 'ACS-militante', desenvolvendo um trabalho que adquire característica de uma 'missão', e isso é esperado deles, em especial, pela gestão.

O pressuposto assumido por alguns autores de que o ACS se configura como a mola propulsora da consolidação do SUS, atuando como ponte e elo da população e com vocação solidária²¹ e tendo uma liderança natural², é gerador de idealizações difíceis de serem manejadas na vida concreta do trabalho.

O discurso recorrente sobre um ACS imaginado ou idealizado parece revelar uma visão romântica sobre esse trabalhador: “Não fazer mais do mesmo; ser diferenciado; ser escolhido a dedo; ter uma alma própria”, como foi possível captar na fala dos trabalhadores das UBS durante a pesquisa. Essa visão parece estar na contramão de um ACS contemporâneo em mutação, um ACS-Mutante, cada vez mais funcionalizado e mais híbrido, um trabalhador 'multiuso' na UBS.

[...] a ACS [T] é a que fica mais tempo na recepção da unidade. Ela falou que não gosta de ficar lá, mas ela ajuda a coordenadora da unidade por que não tem ninguém para ficar. (UBS 1).

Por outro lado, há uma perceptível expectativa dos ACS de ocuparem um 'lugar melhor' no campo da saúde, evidenciada pela busca por ascensão profissional, seja via estudo formal para galgar novas profissões na saúde, seja por tentarem postos de trabalho mais valorizados dentro da UBS²². O 'ser' ACS vai sendo substituído por um 'estar' ACS, especialmente para os trabalhadores mais novos de serviço e de faixa etária.

ACS como alvo de estratégias racionalizadoras da gestão

O ACS tem seu trabalho cada vez mais pautado por componentes de uma 'ordem construída e contingente', com ênfase na irredutível captura da ação humana a papéis e regras rigidamente estabelecidas e operadas, neste caso, principalmente a partir de metas de produtividade, com aumento das exigências de registros e burocratização das tarefas, que constitui-se como uma das dimensões da crescente racionalização das práticas de saúde²³⁻²⁵.

Pesquisadora pergunta a ACS quanto tempo por dia ela gasta com o preenchimento de papéis:

Ah, umas 2 ou 3 horas por dia, isto porque eu não preencho tudo certinho, ninguém dá conta e eles acham que este monte de papel é mais importante que o seu trabalho. Não querem saber de qualidade, querem planilhas. (UBS 7).

Os ACS vivem em uma permanente tensão e disputa entre o agir de seu trabalho vivo em ato e o trabalho morto. O trabalho vivo em ato é definido¹³ como atividade de trabalho cotidiana, realizado em ato, trabalho criador, inventivo, que está em ação e que opera em ambiente da micropolítica, mais centrado em tecnologias relacionais (tecnologias leves) e de conhecimento dos trabalhadores empregados no trabalho (tecnologias leve-duras). Já o trabalho morto opera de forma mais normativa, aprisionado pela lógica instrumental, com preeminência do modelo biomédico e burocrático, concentrado no uso de tecnologias duras, aquelas inscritas nas máquinas, instrumentos, normas e estruturas organizacionais²⁶.

A opção, na 'grande política', por um processo de trabalho mecânico, acrítico e repetitivo para o ACS tende a enquadrar um potencial trabalho vivo dos ACS – como espaço para a interação e escuta das necessidades das pessoas e comunidades –, modelando-o progressivamente para uma lógica do trabalho morto. Por tal lógica, o ACS vai paulatinamente

transformando-se em um coletor e registrador de dados, cumpridor de tarefas e roteiros preestabelecidos, de modo que seu potencial de educador popular vai sendo suprimido ou despotencializado diante de um produtivismo cobrado, em cascata, pelos vários níveis de gestão do SUS: do município ao Ministério da Saúde.

ACS como coprodutor da unidade

Os ACS têm que se haver o tempo todo com a disparidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real²⁷. Ao operar na micropolítica, lidando com as complexas tramas de relações com a comunidade e com a singularidade das famílias e suas necessidades, os ACS, por vezes, abrem brechas na normatividade do trabalho, ajustam as regras gerais aos casos particulares, burlam prescrições, forjam sua autonomia e produzem cuidado.

Os ACS interferem no modo de funcionamento da UBS por meio de suas práticas e sentidos que dão para o trabalho. Cotidianamente, eles contribuem, com os usuários e suas necessidades, para a remodelação dos fluxos de modo informal e invisível, modificando regras de acesso, produzindo, micropoliticamente, agires que nem sempre são detectáveis e, de algum modo, aproveitados, em sua potência, pela gestão formal.

Chegamos à casa de uma usuária que perguntou pelo médico. Ela comenta que o seu marido está com uma grave infecção na perna, que já tinha ido à unidade tentar marcar e que não conseguiu consulta com brevidade. A ACS orienta a usuária: 'Não vai na recepção não, se você for na recepção você bate e volta. Chega na unidade e vai direto no consultório da enfermeira, mostra para ela e peça para ela marcar uma consulta com a médica de outra equipe com urgência. Mas não fala que eu te falei isso, viu?'. (VD com uma ACS - UBS 7).

A coprodução da UBS pelos ACS é forjada a partir de um lugar extrainstitucional, evocado por um outro ímpeto – o de querer cuidar, o de

se preocupar com o outro, a depender da relação que estabelecem com a comunidade/usuários e das afetações que este encontro provoca.

Os ACS, dessa forma, podem executar o seu trabalho de forma burocrática, simplista, transmitindo informações biomédicas e de funcionamento do serviço mecanicamente, ou desenvolver ações cuidadoras, ouvindo as famílias com escuta qualificada e buscando soluções para seus problemas. Esses dois modos de estar e de operar no território não são excludentes, podem acontecer de forma concomitante no processo de trabalho, em uma permanente produção. *“Esse suposto contraditório demarca sua rotina de trabalho, sendo que o ACS se encontra no centro de tensão entre as duas lógicas”*²⁸.

A gestão do trabalho do ACS e as relações de subalternidade na equipe

A valorização social dos diferentes trabalhos na saúde é desigual, e esta desigualdade se traduz em hierarquia, relações de poder e dominação na gestão do seu trabalho²⁹, operadas, muitas vezes, por meio de disciplinamento e controle. Essa é uma face do poder na organização que não se expressa tão explicitamente nos organogramas formais, mas atravessa a organização –no caso específico, a UBS –, em sua totalidade e em todas as direções; e, no caso dos ACS, ainda mais.

Os ACS realizam atividades e ocupam o lugar que o restante da equipe não quer, recaindo para eles o ônus de ter que fazer o que os outros membros da equipe se negam, mesmo que isso custe o atraso na realização de suas tarefas ‘próprias’, com menores possibilidades de dizer não às solicitações que lhes são dirigidas.

Além disso, é possível perceber também uma deslegitimação ou uma desautorização em relação ao trabalho dos ACS por parte de alguns membros da equipe: ACS desabafa em reunião de equipe

Semana passada uma colega passou por uma decepção muito grande: falou para um cadastrado dela procurar o acolhimento, pois ele estava

com um problema sério... o médico falou assim: ‘Quem é essa ACS? Quem é ela pra mandar alguém aqui?’ (UBS 5).

Registros como esse evocam as seguintes perguntas: qual é o lugar que os ACS ocupam na equipe? Como têm sido construídas as relações de trabalho entre eles e os outros profissionais da ESF? Os ACS sentem-se parte ou à parte da equipe? O frequente relato dos pesquisadores em seus diários de campo sobre a disposição física dos ACS durante as reuniões, sempre juntos, mas separados do restante da equipe e, muitas vezes, quando em círculo sentados do lado de fora, como se fosse um círculo externo, pode ajudar a ilustrar essa problemática.

Movimentos de resistência e inventividade

Na permanente tensão e disputas cotidianas entre saberes e poderes na ESF, os ACS também vão inventando modos de ‘encontrar’ seu lugar na equipe. Existe uma forma específica de inteligência nos processos psíquicos mobilizados nos trabalhadores por meio da inovação, invenção, ajustamentos e customização do trabalho real, a ‘inteligência astuciosa’²⁷.

Tal inteligência atua como uma defesa para lidar com o trabalho real, e tem um componente transgressivo, encontrando-se em constante ruptura com as regras e normas instituídas, tendo como função a atenuação do sofrimento e a obtenção de prazer no trabalho.

Os trabalhadores constroem verdadeiras ‘regras do trabalho’ ou de ‘ofício’ que não estão de acordo com a organização oficial do trabalho. Não se trata apenas de macetes, de truques e de habilidades pontuais e isoladas, mas de uma articulação coerente entre elas, cuja soma conduz à elaboração de verdadeiros princípios reguladores para a ação e para a gestão das dificuldades ordinárias e extraordinárias observadas no curso do trabalho²⁷⁽¹³³⁾.

Entre as inúmeras prescrições postas no trabalho que estabelecem um ‘deve ser’, os ACS vão inventando modos de funcionamento do cotidiano, criando estratégias que fortalecem os vínculos, produzem alianças e promovem maior sentido ao trabalho.

Conclusões

O ACS é reconhecido como tendo um papel privilegiado no SUS, em particular pelo fato de ser aquele que mais convive e conhece as condições de vida da população, aspecto central para pensar integralidade e equidade do cuidado. No entanto, embora seja fundamental o reconhecimento de sua importância no SUS, faz-se necessário compreender que a sua simples inserção na equipe de saúde, como parte da implantação da ESF, não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial³⁰ caso não seja acompanhada de estratégias locais de gestão, em particular, de educação continuada/permanente, acompanhamento e avaliação do seu trabalho.

Foi possível compreender, neste estudo, que o ACS se constrói ou se produz como trabalhador da saúde com sua práxis e, a partir das relações que ele estabelece com a política, com o serviço, com a equipe e com a comunidade, em que estão em jogo os saberes, os poderes e os afetos, dimensões constitutivas da micropolítica do trabalho em saúde. O ACS, para além das responsabilidades que lhe são atribuídas pela ‘grande política’, é um trabalhador em permanente produção na rede de relações formais e informais que vai produzindo com seu labor.

Como aspecto positivo do artigo, pode-se destacar o fato de fazer uso de material empírico de pesquisa realizada em três municípios diferentes, o que permitiu captar múltiplas dimensões da prática do ACS. Como sua debilidade, talvez possa ser apontado o fato de os municípios estudados serem de médio e grande porte, de modo que, decerto, os resultados fossem diferentes se a pesquisa fosse realizada em pequenos municípios, ou em outras regiões do País, onde tais

trabalhadores acabam assumindo funções ainda mais importantes para o cuidado.

De todo modo, analisando de forma mais abrangente, os ACS, como agentes do Estado atuam em territórios complexos, buscando apoiar a ampliação de acesso e universalidade, diretrizes caras ao SUS. Para isso, suas atribuições e habilidades precisam ser pautadas nas necessidades locais, demandando deste trabalhador uma estreita relação entre demanda, necessidade e oferta. Uma tarefa muito mais complexa do que se supunha inicialmente, exigindo que ele (re)invente sua realidade de trabalho cotidianamente. As normativas macropolíticas impostas para a sua função são insuficientes para lidar com as múltiplas dimensões micropolíticas do seu trabalho no território, onde forjam sua autonomia e autogoverno.

O que esta investigação capta é que a aposta de que a atuação do ACS permitiria uma ampliação do olhar sobre o território, reconhecendo a complexidade e fortes elementos de determinação social presentes nos processos saúde-doença – o que, em princípio, poderia reorientar o modelo de atenção –, não se realiza exatamente conforme sua formulação.

Existe uma expectativa posta no ACS de uma transformação do modelo assistencial vinculada ao conceito de território. Não é à toa que sua tarefa primordial é o cadastramento das famílias. Nesse cadastramento, ele acessa ‘por dentro’ a comunidade, podendo, em princípio, construir verdadeiros mapas de vulnerabilidade que poderiam ser utilizados pela equipe para o planejamento do cuidado. No entanto, muitas vezes, ele tem dificuldade na relação com a equipe; e o cadastramento acaba se tornando ritualístico e burocratizado, de algum modo reproduzindo a lógica da medicina ao ocupar boa parte do seu tempo de trabalho para marcar consulta, levar resultados de exame etc.

Esses trabalhadores têm sido cada vez mais pressionados no trabalho para a realização de procedimentos ligados ao manejo clínico de doenças, e o tempo necessário para a articulação de um trabalho de base mais comunitária vai sendo espremido pelas demandas da

gestão, especialmente voltadas para as metas de produção que orientam o trabalho da ESF de forma produtivista e racionalizada.

Os planos de visibilidade produzidos na investigação puderam evidenciar como, no trabalho em saúde, e no do ACS, em particular, não se controlam todos os recursos, nem tudo é previsível, existem contingências, existe a subjetividade dos usuários, o que demanda um forte elemento de criatividade dos trabalhadores, experimentando novas práticas, reinventando e atualizando continuamente as políticas oficiais. Conhecer melhor o trabalho do ACS pode contribuir para que os gestores e gerentes desenvolvam estratégias que se

abram para a potencial qualificação que ele pode trazer para a equipe de saúde, entre outras coisas, ao contribuir para a produção de mapas de vulnerabilidade da comunidade que, apropriados pelas equipes de forma mais consistente, possam colaborar para o aprimoramento dos cuidados primários em saúde.

Colaboradores

Barros LS (0000-0001-6320-4308)* e Cecílio LCO (0000-0002-9207-4781)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: MS; 2009.
3. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, et al. O agente comunitário de saúde e a consolidação do sistema único de saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-1164.
4. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, et al. O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6):1639-46.
5. Queirós AAL, Lima LP. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2012; 10(2):257-81.
6. Portal do Departamento de Atenção Básica: Cobertura de SF. [acesso em 2017 dez 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
7. 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*. 22 Set 2017.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Contra a reformulação da PNAB – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica 2017 [internet]. Rio de Janeiro: Notas Oficiais da Abrasco; 2017 [acesso em 2018 fev 2]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
9. Albarello L, Digneffes F, Hiernaux J, et al. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva; 2000.
10. Mercado F, Gastaldo D, Calderon C, organizadores. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Jalisco: Universidade de Guadalajara Coordinación Editorial; 2002.
11. Turato E. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
12. Melucci A. Por uma sociologia reflexiva. Pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis: Vozes; 2005.
13. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Lapassade G. As microssociologias. Brasília, DF: Liber Livro; 2005.
15. Passos E, Kastrup V, Escócia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre; 2009.
16. Passos E, Kastrup V, Tedesco S, editores. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2014. (v. 2).
17. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface – Comun Saude Educ. 2011; 15(38):663-76.
18. Costa SL, Carvalho EN. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. Ciênc Amp Saúde Coletiva. 2012; 17(11):2931-40.
19. Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1328-33.
20. Mendonça MHM. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(5):1433-4.
21. Nogueira RP, Silva FB, Ramos ZVO. Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF: IPEA; 2000.
22. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(7):2147-56.
23. Jamra CCA, Cecílio LCO, Correia T. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? Saúde debate. 2016; 40(108):86-94.
24. Vieira MMF, Oliveira LMB, organizadores. Administração Contemporânea: perspectivas estratégicas. Rio de Janeiro: Atlas; 1999.
25. Correia T. Medicina: o agir numa saúde em mudança. Lisboa: Mundos Sociais; 2012.
26. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(4):898-906.
27. Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Jayet C, Dejours C, Abdoucheli E, et al. Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p. 119-45.
28. Ferreira VSC. Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS): território de produção de cuidado e subjetividade [tese].

Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008. 299 p.

29. Galavote HS. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)*. 2010; 17(46):575-586.

30. Bornstein VJ, Matta GC, David H. O processo de tra-

balho do agente comunitário de saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde. In: Monken M, Dantas AV, editores. *Estud. Politécnica E Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 191-219.

Recebido em 23/01/2019

Aprovado em 23/05/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro

Necessary skills for the Family Health Units manager: a clipping of the nurse's practice

Josieli Cano Fernandes¹, Benedito Carlos Cordeiro¹, Aline Costa Rezende¹, Dandara Soares de Freitas¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S602

RESUMO Estudo qualitativo descritivo exploratório com objetivo de analisar e discutir as competências necessárias ao gerente de Atenção Primária à Saúde (APS). Teve como cenário as Unidades de Saúde da Família de Angra dos Reis e como participantes da pesquisa dez enfermeiros estatutários que exerciam a função de gerente havia mais de um ano. Os dados foram produzidos por meio de grupo focal e ponderados com base na análise de conteúdo de Bardin. Do estudo, emergiram três categorias: Competências gerenciais relativas à liderança; Competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado; Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos. Os achados apontam que as competências descritas pelos participantes se alinham às narradas em outros estudos e evidenciam a necessidade de investir em uma formação que permita refletir e buscar desenvolvimento de competências gerenciais para os gerentes de APS, pois a categoria mostra-se em construção, necessitando de aprimoramento e reconhecimento formal que ultrapassem portarias ministeriais. A esses achados, relaciona-se o pensamento de Paulo Freire como embasamento para a Educação Permanente, estratégia de mudança da realidade encontrada.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Competência profissional. Organização e administração. Administração de serviços de saúde.

ABSTRACT *Exploratory descriptive qualitative study with the objective of analyzing and discussing the necessary competencies for the Primary Health Care (PHC) manager. The scenario was the Family Health Units of Angra dos Reis and as participants of the research there were 10 statutory nurses who had been working as managers for over a year. Data were produced through focus group and weighted based on Bardin content analysis. Three categories emerged from the study: Leadership management skills; Managerial skills relating to resource management and care; Managerial skills related to the mobilization of cognitive and affective resources. The findings indicate that the competences described by the participants are in line with the narratives in other studies and highlight the need to invest in a training that allows reflecting and seeking development of managerial skills for PHC managers, as the category is under construction, requiring improvement and formal recognition beyond ministerial ordinances. These findings are related to Paulo Freire's thought as a basis for Permanent Education, a strategy for changing the reality found.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Professional competence. Organization and administration. Health services administration.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) – Niterói (RJ), Brasil. bcordeiro@id.uff.br



Introdução

Os serviços de saúde têm particularidades que suscitam exigências singulares em termos de organização e gestão, pois atendem a necessidades complexas e variáveis que têm dimensões biopsicossociais, cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte, da clientela e do tipo de problema. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) trazem um panorama ainda mais abstruso, pois são nelas que os problemas de saúde são, em grande parte, identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, uma vez que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial na rede de atenção à saúde e a coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁻⁵.

Ator fundamental para a operacionalização dos serviços de APS é o gerente, que, literalmente, tem como atribuições o planejamento em saúde de acordo com as necessidades do território e da comunidade, a organização do processo de trabalho, a coordenação e a integração das ações. Demanda-se bem mais que vontade política e senso comum, requer uma base de conhecimentos das áreas da saúde e da administração, visão geral do contexto em que se insere compromisso social com a comunidade, além de um conhecimento sólido dos fundamentos que alicerçam os sistemas de serviços de saúde¹⁻¹⁰.

De tal modo, faz-se indispensável ao gerente dispor de uma série de competências gerenciais a fim de otimizar e maximizar os recursos existentes, de liderar e agregar valor, de aumentar o potencial de sua equipe e de conjugar esforços para utilizar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos com o objetivo de aumentar a resolutividade do serviço, minimizar conflitos, superar as limitações que o serviço apresenta e prestar assistência baseada nos princípios do SUS⁶⁻¹⁰.

As competências gerenciais constituem um dos principais pilares de uma organização. Define-se competência como o conjunto

de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho superior. Os componentes necessários às competências envolvem o conhecimento, o 'saber' adquirido; as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, o 'saber fazer', isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos. Ou seja, a capacidade comportamental de agir apropriadamente, utilizando o conhecimento previamente adquirido⁹⁻¹¹.

Considerando o panorama atual do trabalho em saúde, em que a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) insere o gerente na Equipe de Saúde da Família; e, entre os profissionais que atuam na área da saúde, os enfermeiros, em sua prática cotidiana, costumam assumir as funções de gerência, aposta-se na necessidade de analisar e discutir as competências reconhecidas pelos enfermeiros como necessárias para a sua prática gerencial em Unidades de Saúde da Família (USF). Para isso, utiliza-se o pensamento de Paulo Freire que a educação liberta por meio de reflexões e ações emancipatórias como referencial teórico.

Material e métodos

Trata-se de um recorte da pesquisa 'Educação Permanente em Saúde: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde' proveniente do mestrado profissional em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense. Possui abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório que teve como cenário as USF de Angra dos Reis.

No momento do estudo, o município possuía 47 USF, o que representava cobertura populacional pela saúde da família maior que 75%. A função gerencial não era instituída e era realizada em quase todas as unidades pelo enfermeiro, que se dividia entre administração de unidade e assistência.

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros gerentes das USF submetidos aos

critérios de inclusão (profissional estatutário a mais de um ano exercendo a função de gerente por se acreditar que, após esse período, o enfermeiro tenha conhecimento da área adscrita e esteja familiarizado com os fluxos da atenção básica) e exclusão (profissional não submetido a concurso público e afastado da gerência da unidade no momento da coleta de dados). Para manter o sigilo, os participantes foram codificados utilizando-se índice alfanumérico conforme o retorno de suas respostas. No momento da coleta, existiam 16 enfermeiros enquadrados nos critérios de inclusão e exclusão; e 10 deles se propuseram a participar da pesquisa, correspondendo a 62,5% dos convidados.

Para a coleta de dados, foi utilizado o grupo focal que foi gravado em aplicativo de android e transcrito retirando os vícios de linguagem. A gravação das falas se deu para que nenhuma informação fosse perdida durante o grupo focal, o que possibilitou melhor interpretação do diálogo, assegurou a fidedignidade das informações e enriqueceu a coleta dos dados. O pesquisador responsável teve a função de moderador/coordenador do grupo focal, responsabilizando-se pelo preparo e instrumentalização em todas as fases do processo. O grupo focal foi norteado e problematizado pela seguinte questão: 'Quais as competências gerenciais necessárias a um gerente de UBS/USF?'

Os dados foram ponderados pelos pesquisadores com base na análise de conteúdo seguindo os princípios de Bardin e da análise temática. Para chegar às categorias, adotaram-se alguns movimentos metodológicos. Após a transcrição, leitura e análise das falas, ocorreram a definição e a contabilização das Unidades de Registro (UR), delas se construiu as Unidades de Significação (US). O agrupamento das US de forma lógico-semântica, seguindo as ideias absorvidas pelas falas dos sujeitos e as suas semelhanças, deu origem as categorias.

O projeto seguiu as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 e foi consentido pelo Secretário Municipal de Saúde com assinatura de carta de anuência e interesse, sendo

aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense com CAAE 596121116.3.0000.5243 e parecer emitido pelo número 1.764.754. Não houve qualquer tipo de suporte financeiro para a execução da pesquisa.

Resultados e discussão

Quanto ao perfil dos participantes, houve predomínio do sexo feminino (80%). A idade variou de 29 anos a 58 anos com média de idade de 35 anos. Todos os participantes recebiam o mesmo salário-base, variando apenas as gratificações. Todos possuíam pós-graduação: seis fizeram especialização em saúde da família; quatro, em gestão; uma fez residência; dois também fizeram mestrado. Ademais, 100% referiram experiência gerencial há mais de sete anos, nenhum deles tinha dedicação exclusiva à gerência e executavam todas as atribuições do enfermeiro de USF descritas pela PNAB.

A procura por cursos de especialização sugere que os profissionais estão abertos a novos saberes e possuem interesse em se qualificar. A busca pela especialização em saúde da família indica que os profissionais percebem a complexidade da demanda dos cuidados nesse nível de atendimento e desconstrói a ideia de que os profissionais que atuam na USF não se especializam. Sales⁷ menciona que realizar uma pós-graduação *lato sensu* indica uma maior preocupação em se capacitar e atualizar seus conhecimentos. A baixa rotatividade dos profissionais torna-se relevante por permitir contatos efetivos com a comunidade, conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos projetos iniciados no estabelecimento. Todo esse engajamento ocorre sem a trivial interferência de mudanças, quando novos governos assumem, principalmente, no caso de alternância partidária¹². Um estudo de Barbosa e Bosi¹³ especifica as variâncias da semântica usada na literatura para definir vínculo. Entre elas, as de melhor empregabilidade neste estudo são as conceituações

de vínculo sob as perspectivas de: aumentar a resolutividade dos serviços; reduzir a rotatividade dos profissionais; promover humanização, responsabilização pelo cuidado, confiança entre profissionais e usuários; favorecer o aprendizado e a prática profissional.

As discussões propiciaram a ocorrência de três categorias: Competências gerenciais

relativas à liderança (25,75%); Competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado (28,78%); Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos (39,4 %). Com a finalidade de aproximar o leitor das discussões, apresenta-se abaixo um esquema sintetizado da composição das categorias:

Quadro 1. Unidades de registro, significação e categorias

Unidade de Registro	Unidade de Significação	Categoria
Liderança Gerenciar conflitos/lidar Delegar funções Estimular a equipe Reconhecer habilidades nos outros Saber trabalhar em equipe Capacidade de negociação	Liderança	Competências gerenciais relativas à liderança
Gerir/administrar insumos e materiais Capacidade administrativa Gerir recursos humanos	Gerência: organização da unidade	Competências gerenciais relativas à gerência de recursos e do cuidado
Conhecer o fluxo Conhecer a rede Conhecimento da área de abrangência Conhecimento de indicadores Conhecer o diagnóstico situacional Habilidade de articulação	Gerência da clínica em redes de atenção	
Uso adequado da informação Planejar ações Coordenar ações Avaliar ações	Gerência do cuidado	
Conhecimento técnico-científico Conhecimento de leis Destreza Tomada de decisão Formação administrativa Saber argumentar Conhecimento dos conceitos de gestão e gerência	Capacidades cognitivas	Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos
Resiliência Capacidade de adequação Capacidade de enfrentamento Jogo de cintura Criatividade	Capacidades empíricas	
Autonomia Imparcialidade Neutralidade	Valores	

Fonte: Elaboração própria.

A primeira categoria teve como ocorrências: liderança, mediar conflitos, delegar funções, estimular a equipe, reconhecer habilidades nos outros, saber trabalhar em equipe e capacidade de negociação. A segunda categoria teve como competência mais referida administrar insumos e materiais. Na terceira categoria, destacaram-se o conhecimento técnico científico, a resiliência, a autonomia, o jogo de cintura e a criatividade respectivamente.

Primeira categoria – Competências gerenciais relativas à liderança

A liderança foi ressaltada pelos participantes como competência capaz de influenciar e impulsionar outros membros da equipe. As falas a seguir conotam a afirmativa:

eu preciso ter liderança para que os agentes comunitários possam me subsidiar com os dados que preciso saber... (E.7).

A primeira coisa que pensei foi à capacidade de liderança. (E.3).

A liderança é conceituada como a combinação de diferentes comportamentos do líder, aplicados em um processo de influenciar pessoas para atingirem suas metas. Alguns autores sugerem que a liderança impulsiona o trabalho em equipe, a cooperação, os mecanismos de comunicação^{6,8,9}.

Jonas⁸ refere que o gestor de serviços de saúde, enquanto líder, necessita saber trabalhar com sua equipe de maneira a expandir os conhecimentos e habilidades do grupo, visando gerar sinergia e desenvolvimento contínuo da coletividade, além da capacidade para saber lidar com as adversidades, os conflitos e as instabilidades no seu cotidiano de trabalho.

Observou-se alinhamento de ideias com o autor uma vez que foi considerada a delegação de funções, o processo do trabalho em equipe e o gerenciamento de conflitos como competências gerenciais necessárias como visto nas assertivas:

Vejo como competência também delegar funções, estímulo da equipe, reconhecer habilidades, pontos fortes em cada pessoa... (E.2).

Reconhecer os elos fortes, ver o que outro gosta de fazer e o estimular. (E.1).

Neste estudo, delegar funções é entendido como a transferência de poder de decisão para a execução de tarefas específicas, é reconhecer no outro capacidade e habilidade. Sales⁷ e Montezelli⁹ afirmam que gerente não deve apenas delegar, mas deve conhecer e viver a dinâmica do processo de cuidar e conhecer as pessoas que estão envolvidas nesse processo e o ambiente para que o gerenciamento ocorra de acordo com os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros disponíveis.

A gestão de conflitos foi outra competência referida na pesquisa:

Vejo como competência gerenciar conflitos. (E.1).

Outra competência como a colega falou é lidar com conflitos na equipe. (E.3).

Particularmente entendo gerência como atividade ligada ao manejo de conflitos. (E.6).

Uma das fundamentações do aparecimento frequente dessa competência pode ser o fato, como descrito por Carvalho e colaboradores¹⁴, do conflito constituir característica intrínseca e impossível de erradicar da vida organizacional, especialmente nas instituições em que os processos de trabalho são mediados, de forma imediata, pela interação social, como é o caso das organizações de saúde.

Gerenciar conflitos foi visto pelos participantes como inerente ao trabalho nos serviços de saúde, que envolve tanto a relação entre equipe quanto entre equipe e usuários, entre os próprios usuários, entre gestão central e equipe. No entanto, o conflito entre a equipe foi considerado o mais desgastante, aquele que gasta mais tempo para a resolução e que, muitas vezes, acaba mal resolvido, uma vez que

os envolvidos possuem grande convivência, cerca de 40 horas semanais, e se encontram desgastados pelos problemas diários.

Foi apontado ainda que a acareação de conflitos é sempre ‘tensa’, e que não há um modo sistematizado de lidar com eles, apesar de ocorrerem cotidianamente, como nota-se nas falas:

outra competência como a colega falou é lidar com conflitos na equipe e isso também é uma grande dificuldade, sendo que você trabalha com a mesma equipe por anos. (E.7).

Adicionalmente é importante considerar que existem pelo menos 3 interesses diferentes em disputa quando discutimos um determinado ponto de gerência que podem ser conflitantes entre si, a saber: o do contratante/gestor; o do funcionário/gerente; o do usuário/paciente. (E.5).

O conflito faz parte então das relações, e ter habilidade para negociar, para dividir, para ouvir, para delegar e para comunicar-se é premissa para o trabalho em equipe. No contexto da atenção primária, a negociação é um instrumento fundamental de ajuste, gerador de consenso, capaz de sustentar e viabilizar propostas de ação conjunta.

A capacidade de trabalhar em equipe foi outra competência apontada na discussão. Evidenciou-se consenso em relação a essa competência; o discurso abaixo traduz o pensamento do grupo:

O enfermeiro deve desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe, estabelecendo parcerias e relações efetivas entre os profissionais da equipe multiprofissional, já que somos considerados coordenadores, gerentes. (E.3).

A atenção básica e seu eixo estruturante, a Estratégia Saúde da Família, só se materializam a partir dos saberes multiprofissionais: não se faz saúde da família com apenas uma categoria profissional; os saberes e as ações são interdependentes e complementares; não existe saber supremo nem deve haver a soberania médica;

a saúde da família faz-se com olhar atento e diferenciado de cada membro da equipe, com a integração multiprofissional. O gerente deve garantir e valorizar o processo de comunicação e a efetividade do trabalho multiprofissional. Deve liderar, direcionar os colaboradores de forma a atingir os objetivos, mas reconhecer que o sucesso de trabalho depende de cada um dos membros da equipe^{1,5-14}.

O trabalho em equipe é visto como possibilidade do cuidado ampliado, pois favorece aos profissionais da saúde expor seus conhecimentos, realizar avaliação de risco e de prioridades, articular o cuidado, a fim de buscar continuidade, intersectorialidade e integralidade, por meio da construção coletiva dessa equipe¹⁵.

A competência liderança se relaciona com a habilidade de gerenciar conflitos, com a capacidade de trabalhar em equipe, de delegar funções, de estimular a equipe, de reconhecer habilidades nos outros, capacidade de negociação; e a articulação de todas elas é de extrema importância para o enfermeiro gerenciar a clínica e o cuidado^{14,15}.

Para Paulo Freire¹⁶⁽¹⁷¹⁾, o “caminho da liderança há de ser o dialógico, o da comunicação [...]”. A ação antidialógica – opressora, dominadora – busca a conquista, a divisão como forma de manter a opressão, a manipulação e a invasão cultural. A liderança pressupõe a participação, o convencimento. O respeito às pessoas oportuniza o diálogo e a resolução de conflitos, inerente às diferentes culturas e histórias de cada ser humano. Se o conflito é inerente às relações humanas, a tolerância com o ‘inacabamento do homem’ é a forma de superação dessa tensão¹⁷.

Segunda Categoria – Competências gerenciais relativas à gerência de recursos e do cuidado

Administrar/gerir recursos/insumos e materiais foi citada como competência por quatro participantes, no entanto, houve concordância entre todos. O ocorrido talvez possa ser justificado pelos apontamentos das Diretrizes

Curriculares Nacionais (DCN) do curso de enfermagem de 2001 que incluem os conteúdos de administração/gestão entre aqueles considerados imprescindíveis ao desenvolvimento das habilidades. As três afirmativas ilustram o acontecimento:

Vejo como competência administrar insumos. (E.1).

Concordo, também acho gerir dos insumos, eu preciso saber o que meu paciente precisa... (E.4).

Vejo também a capacidade de gerir insumos e materiais. (E.8).

O enfermeiro é um profissional que tem na sua formação uma ênfase na área administrativa. Nas DCN estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), os profissionais enfermeiros devem estar aptos a tomar iniciativa e fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos ao empreendedorismo, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde⁷.

Considerando que a atenção primária é a base, a organizadora e a coordenadora da rede de assistência à saúde, os participantes entendem como competência gerencial o conhecimento da rede e dos fluxos, situação assinalada pelos seguintes discursos:

Precisamos conhecer fluxos... Precisamos conhecer a rede... (E.3).

Nós precisamos dos fluxos, precisamos conhecê-los, sem eles não conseguimos dar continuidade no processo. (E.8).

Adjunto à rede e aos fluxos, os enfermeiros externam como competência para a gerência “conhecer a área de abrangência e conhecer o diagnóstico situacional” (E.1). Um participante complementa a fala:

O processo de trabalho específico da gerência é

composto por um conjunto de atividades próprias e inter-relacionadas, com vistas à integralidade da atenção ao usuário e o atendimento de suas necessidades de saúde. (E.6).

A habilidade de articulação também foi mencionada como competência para gerência de USF, como se verifica nas seguintes elocuições:

O enfermeiro no contexto da ESF deve participar na elaboração, coordenação e articulação do planejamento da unidade de saúde. O enfermeiro pode identificar os recursos e o perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita relacionados com o planejamento da ESF. (E.9).

Vejo como competência também a habilidade de articulação, articulação no sentido de tecer a rede de cuidados com todas as esferas de atenção e cuidado, saúde, educação e ação social. (E.7).

O planejamento, o monitoramento e a avaliação destacam-se como importantes tecnologias organizacionais, que permitem a realização de diagnósticos locais e, conseqüentemente, a readequação dos processos de trabalho à realidade, considerando as necessidades, dificuldades e possibilidades na atenção básica. Por meio do planejamento, é possível organizar e qualificar o trabalho, no sentido de compartilhar objetivos e compromissos. Ao planejar, os trabalhadores podem refletir sobre propostas de ação, com a finalidade de intervir sobre determinado problema, necessidade individual ou coletiva¹⁸.

Também foi legitimado como competência gerencial conhecer indicadores. A fala de E.7, descrita abaixo, nos leva a acreditar que os profissionais conhecem a real importância da utilização da informação como instrumento de negociação e transformação fundamental para o trabalho na atenção básica, no entanto, não sabem onde buscá-las.

Conhecimento de indicadores, porque como eu vou saber qual a quantidade de material que eu preciso se eu não sei minha população, como eu

vou saber qual a quantidade de medicamento se eu não sei o meu número de hipertensos... (E.7).

Os indicadores devem funcionar como uma bússola orientando a trajetória dos serviços, a fim de melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida. Necessitam estar conectados a uma meta, sem a qual perdem o sentido, uma vez que só são úteis quando se sabe o que se almeja alcançar¹⁹.

Fernandes e colaboradores¹⁰ analisam que conhecer os indicadores implica que o gerente saiba lidar com tecnologias duras, ou seja, saiba utilizar os sistemas de informação, manipular e analisar bancos dados, e isso nem sempre acontece. Superada esta situação, é necessário que as informações estejam atualizadas, localizáveis e acessíveis.

Já a avaliação envolve reflexão sobre o caminho que está sendo percorrido, possibilita a realização de ajustes quando necessário, mudanças estratégicas ou até total interrupção do plano²⁰.

Todos esses percursos podem ser reconhecidos como uma estratégia técnico-administrativa, uma vez que objetiva auxiliar na tomada de decisão dentro dos serviços de saúde, e são elementos-chave para a gestão.

Quando acontece a articulação e a integração entre as ações de cuidado e gerência, o enfermeiro desenvolve a sua melhor prática profissional, denominada de gerência do cuidado. Percebe-se nesse momento o entrelaçamento e a complementaridade do cuidar (cuidado direto) e do gerenciar (cuidado indireto), formando uma relação dialética e não dicotômica dessas ações, resultando, com isso, na integralidade das atividades do enfermeiro²¹.

O discurso de E.5, apresentado a seguir, nos remete ao pensamento da dissociação do cuidado e a prática de gerenciar. Outrossim, nos leva a inferir que as atividades que os enfermeiros desempenham na atenção básica extrapolaram a responsabilidade pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de Agentes Comunitários de Saúde, assumindo, na ausência de um gerente/gestor local, as suas

funções, ocorrendo, assim, uma sobrecarga de tarefas a serem desenvolvidas pelo enfermeiro. Essa forma de agir gerou um distanciamento do profissional enfermeiro entre o gerenciar e o cuidar no seu cotidiano de trabalho, e observara-se, nos depoimentos, que houve dificuldade de articular essas duas dimensões. A fala de E.5 reflete o fato:

As muitas atribuições do enfermeiro resultam em última análise na precarização do trabalho do profissional enfermeiro que exerce essa atividade gerencial, adicionalmente às suas atribuições previstas. (E.5).

Hausmann e Peduzzi²² consideram o cuidado como marca e núcleo do trabalho da enfermagem e compreendem que as ações gerenciais do enfermeiro deveriam apresentar como finalidade a qualidade desse cuidado. A cisão entre as dimensões cuidar e gerenciar compromete a qualidade e provoca conflitos no trabalho do enfermeiro, seja do profissional com a sua própria prática, seja na sua relação com a equipe de enfermagem e a equipe de saúde.

De tal modo, pode-se dizer, embasados na atual pesquisa e na pesquisa de Fernandes e Silva²³, que, no interior do processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro em UBS, a tensão entre cuidar e gerenciar aparece como polos de oposição, e não como ações intercessoras e intercomplementares, dificultando a implementação da gerência.

É importante lembrar que a atividade gerencial é uma atividade meio para a execução do trabalho, pois a atividade fim é a assistência e o cuidado pautados em um dado padrão de qualidade, reconhecido pelo serviço como desejável. No entanto, a gestão desses processos deveria ser compartilhada (cogestão), propiciando a construção dos objetivos e projetos de forma mais participativa, a fim de não sobrecarregar o trabalho do enfermeiro⁵⁻⁸.

Em relação ao planejamento, Bazzo-Romagnoli e colaboradores²⁴ apontam que ele é a habilidade de maior importância para o gerenciamento e que, no cotidiano do trabalho

dos gerentes, existem dificuldades para realizá-lo, mas consideram que ele acontece e está embutido nos processos gerenciais, e que a avaliação é tão importante quanto o planejamento.

O termo gestão (ou gestão democrática) não é frequente na obra de Paulo Freire. Ele aparece nos livros ‘Política e educação’ (1993) e ‘À sombra desta mangueira’ (1995). É interessante notar o acréscimo do adjetivo ‘democrática’ ao termo gestão, utilizados nessas obras. Para Freire^{25,26}, a gestão democrática indica participação da sociedade civil no comando da coisa pública. Gerir, portanto, é estar disposto ao diálogo. Planejar e buscar conhecimento, como em indicadores, por meio do diálogo com as pessoas gera consciência e transformação. É essa consciência que permite que o cuidar seja feito com generosidade, e não como uma atribuição a mais que dificulte a gestão.

Terceira Categoria: Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos

Como competência, ainda ocorreu o conhecimento técnico-científico, conhecimento e formação administrativa, como observamos nestas falas: “*Acho que faz parte das competências também ter conhecimento técnico*” (E.6). “[...] *e habilidades eu acho que você tem que ter destreza...*” (E.7) e

Capacidade de defender opinião, aqui mais ainda pela falta de gestor com conhecimento e por conta da política, defender opinião com conhecimento científico, com conhecimento de causa. Se não tivermos capacidade de defender nossa opinião com argumentos não conseguimos convencer ninguém de nossa capacidade. (E.3).

Foi mencionado que uma boa bagagem de conhecimentos melhora a capacidade de análise, a capacidade de pensamento crítico-reflexivo, a capacidade de ação, aprimorando as práticas que acarretam o alcance de bons resultados.

Por mais que os processos sejam compartilhados com a equipe, é o gerente que inicia e

finaliza o planejamento e avaliação das ações, é esse profissional que tem a fala com a gestão central e sinaliza os pontos que precisam ser revistos; é para ele também que surgem as demandas políticas e as ouvidorias, e não há como responder e dar conta de todas essas questões sem uma formação acadêmica sólida, sem a constante busca, apropriação e aquisição de conhecimento que se transformem em ferramentas de gestão^{7,8,10,18-22}.

O conhecimento científico perpassa pelo conjunto de saberes teóricos necessários para a compreensão do fenômeno cuidado e gerenciamento, de seus objetos – o indivíduo, a família, a comunidade –, das situações específicas e únicas constituintes das interações pessoais, das organizações e instituições de saúde, dos processos de trabalho, da cultura organizacional, dos produtos e equipamentos em uso, das estratégias, estruturas, procedimentos, protocolos, entre outros componentes, atualizados e baseados em evidências, visando à consolidação de melhores práticas na atenção ao ser humano^{9-11,17-21}.

O conhecimento implica diretamente outra competência referida pelo grupo, a tomada de decisão, como se observa na seguinte interlocução:

[...] tomada de decisão rápida, porque às vezes você não tem suporte e precisa agir rápido numa emergência, tomar atitudes e basear eu aprendi isso... (E.7).

Todo gerente precisa de conhecimento, informações atualizadas, confiáveis e completas para tomar decisões sobre as operações e o desempenho das ações da unidade sob sua responsabilidade, pois, durante o processo de enfrentamento de problemas, é essencial repensar a prática gerencial na USEF, objetivando melhorar o cuidado à população, cooperando para o desenvolvimento de serviços de saúde efetivos e capazes de executar ações compatíveis com as propostas do SUS²⁷⁻²⁹.

Para Tanaka e Tamaki²⁷, a tomada de decisão pode ser considerada como a função

que caracteriza o desempenho da gerência, entretanto, independente do aspecto da decisão; ela deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema, a partir da obtenção de dados, produção de informação, em seguida o estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão mais adequada, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos.

Os participantes referiram que precisam, muitas vezes, readaptar-se, dar novos significados, novas utilidades a ferramentas de trabalho, reinventar a assistência e reconfigurar a gerência com o que se tem para trabalhar. De tal modo, elegeram a resiliência como uma competência indispensável ao gerente de USF. Relacionadas com ela, estão as competências capacidade de adequação, enfrentamento, jogo de cintura e criatividade; o que pode ser observado nas falas que seguem.

Atualmente todos nós temos que ter capacidade de enfrentamento e resiliência porque a todo tempo temos que nos adaptar e pensar em como realizar alguma coisa sem ter o equipamento necessário para não comprometer a qualidade do serviço. (E.2).

[...] temos que ter jogo de cintura para se adaptar às condições o que é certo e o que temos... (E.7).

Para Barlach e colaboradores²⁸, resiliência pode ser definida como a construção de soluções criativas diante das adversidades presentes nas condições de trabalho e dos negócios da sociedade atual, da qual resulta um duplo efeito: a resposta ao problema em questão e a renovação das competências e do *élan* vital dos indivíduos. Estando dessa forma a resiliência ligada à criatividade.

Caveião²⁹, em seu estudo, refere que alguns autores apresentam a importância da criatividade e da inovação nos serviços de saúde, distinguindo esses conceitos como o comportamento criativo, que é o aprimoramento de um elemento ou ação

conhecidos, enquanto inovação significa encontrar novas alternativas. A criatividade é uma das competências mais fáceis de encontrar no comportamento das pessoas nas organizações, sendo mencionada como comportamento criativo, ou de fazer melhor o que já vinha sendo feito.

A autonomia, similarmente, foi preferida como competência gerencial, as falas “*Acredito que o gerente teria que ter uma autonomia...*” (E.4) e “*O gerente precisa de autonomia para executar melhor sua função*” (E.6) trazem essa representação.

Jonas⁸ corrobora o estudo ao afirmar que o processo de autonomia pressupõe que o profissional enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência. A autonomia está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais.

O gerenciamento do cuidado exige do enfermeiro uma visão que integre e acolha valores e lógicas diferenciadas, impressas nas necessidades dos usuários, não manifestos ou reconhecidos até algum tempo atrás, sendo necessário, por parte desse profissional, um envolvimento das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia, no sentido de dar conta das necessidades do processo de trabalho, uma vez que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde, no âmbito da área de abrangência das USF³.

Desse modo, a autonomia responsável e coerente com os princípios do SUS é imprescindível ao desenvolvimento da ação gerencial, uma vez que a ausência dela inviabiliza a organização e o controle do processo de trabalho.

Um dos participantes ainda apontou como competência ser idôneo, imparcial e neutro:

Então eu acho assim que as competências mais necessárias são ser idônea, imparcial, neutra religiosamente e politicamente... Eu queria realmente ser neutra, ser imparcial, pois estou ali para ser profissional de saúde não para ser política. (E.7).

A imparcialidade, neutralidade são competências gerenciais descritas como valores, envolvem o âmbito de saber separar suas crenças, sua cultura, sua posição política do seu local de trabalho. O que se torna difícil, pois o gestor imprime ao trabalho a sua marca, impulsionando ou não a equipe por meio de seu próprio trabalho, ou seja, torna-se modelo, referência em decorrência da postura que adota diante do jogo de forças que influenciam o cotidiano do serviço⁶. Nessa perspectiva, parte-se do suposto de que o gestor de uma USF deve ter uma visão ampliada de saúde, ser capaz de uma priorização adequada dos problemas e necessidades da comunidade e de implementar o modelo de assistência integral e da gestão participativa, o que exige que este tenha competências para tal. Alguns estudos sobre competências apontam que as competências essenciais presentes nas organizações são aquelas difíceis de serem imitadas e são favorecidas pelas habilidades pessoais e interpessoais manifestadas pelo gerente. Estas incluem trabalho em equipe, habilidade para informar, pensamento sistêmico, habilidade para trabalhar com informações e tecnologia, criatividade na solução de problemas, habilidades de comunicação, autoconfiança e auto-estima^{1,3,26}.

Resistência, no pensamento freireano, reflete a possibilidade de reconhecer a capacidade de mudar uma determinada realidade. Ter a capacidade de se 'dobrar' às forças contrárias, mas se recobrar e se adaptar – conceito de resiliência – é uma forma de resistência; que, por sua vez, tem relação direta com a autonomia, que é libertadora, que antagoniza a ideologia fatalista, imobilizante que anima o discurso neoliberal no mundo³⁰.

Conclusões

As competências descritas neste estudo se alinham a outras pesquisas no tema, às DCN do Curso de Enfermagem e à nova PNAB. A ênfase dada capacidade de gerir insumos/

materiais e gerenciar conflitos aponta a necessidade de criar espaços que permitam refletir e buscar desenvolvimento de competências gerenciais para além dos aspectos da administração taylorista.

Os depoimentos dos participantes revelam desconforto e inquietação perante a dupla missão do enfermeiro nas USF, muitos autores concordam que o enfermeiro é profissional da área da saúde mais preparado para assumir a gerência, fato justificado pela sua formação nas disciplinas; no entanto, ao assumir a administração da unidade, o tempo dedicado aos processos de trabalho e ao cuidado reduz-se consideravelmente, o que acaba muitas vezes por impedir a assistência integral ao usuário.

Mesmo descrevendo a graduação em enfermagem como facilidade para a gerência, os pesquisados questionam a formação por não se sentirem verdadeiramente preparados para transitar entre as dimensões do cuidado, gerência e educação exigidas pelo trabalho na saúde, grifando a necessidade da continuidade do processo de formação.

Assim, em complementação, lança-se mão da educação permanente que se mostra como ferramenta capaz de gerar a modificação das condições de trabalho e resolução dos entraves técnicos ao alcance e governabilidade do gerente. Nesse sentido, o pensamento de Paulo Freire se mostra extremamente atual. Suas ideias oferecem amplo suporte à problematização das práticas dos gerentes e da construção do diálogo no dia a dia. Nunca há um que sabe o outro que não sabe, mas sim saberes diferentes. Por isso, se a discussão das competências necessárias aos gerentes passa pela Educação Permanente em Saúde, há também um claro ganho na utilização do pensamento de Paulo Freire nessa estratégia.

Sugere-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas na área da gerência de unidades básicas, pois a prática gerencial mostra-se em processo de construção, necessitando de aprimoramento, mudanças e reconhecimento formal.

Colaboradores

Fernandes JC (0000-0001-7913-9264)*, Cordeiro BC (0000-0001-6387-511X)* e Freitas DS

(0000-0002-5482-0376)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. Rezende AC (0000-0003-4404-4753)* contribuiu para a elaboração do rascunho e revisão crítica. ■

Referências

- Ramos LH, Grigoletto MVD. Gestão de Serviços de Saúde [internet]. 2014. [acesso em 2017 jul 23]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/178>.
- Rodrigues AP, Santos FR, Abreu MO, et al. Boa gestão de enfermagem na percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. Resbrasf [internet]. 2015 [acesso em 2017 maio 20]; 2(2):12-22. Disponível em: <http://www.seer-adventista.com.br/ojs/index.php/RBSF/article/view/660/559>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 28 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. 28 Set 2017.
- Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. Rev Panam Salud Publica [internet]. 2018 [acesso em 2017 maio 20]; 42:e175. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>.
- André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Health care units and human resources management trends. Rev saúde pública [internet]. 2013. [acesso em 2017 maio 20]; 47(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/en_20.pdf.
- Lanzoni GMM, Meirelles BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. Rev bras Enferm [internet]. 2013. [acesso em 2017 maio 20]; 66(4):557-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revben/v66n4/v66n4a14.pdf>.
- Sales NC, Silva MGC, Pinto FJM. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de centros de saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2014 [acesso em 2017 maio 20]; 27(3):389-397. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2473>.
- Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. Rev APS [internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 20]; 14(1):28-38. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14656>.
- Montezelli JH, Peres AM. Gerenciamento: contrapontos percebidos por enfermeiros entre a formação e o mundo do trabalho. Ciênc. Cuid Saúde [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 20]; 11(supl):138-43. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/312222222>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- cation/269567670_Gerenciamento_contrapontos_percebidos_por_enfermeiros_entre_a_formacao_e_o_mundo_do_trabalho.
10. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de Serviços de Saúde: Competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 out 14]; 14(supl1):1541-1552. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso.
 11. Lowen IMV, Peres AM, Crozeta K, et al. Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 14]; 49(6):967-973. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0967.pdf
 12. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2018 out 17]; 28(4):615-625. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>.
 13. Barbosa MI, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis* [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 17]; 27(4):1003-1022. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01003.pdf>.
 14. Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 17]; 48(5):907-914. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf.
 15. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 20]; 45(2):349-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200007.
 16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2012.
 17. Freire P. *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
 18. Celedonio RM, Fé MCM, Mendes AHL, et al. Gestão do trabalho em unidades básicas de saúde. *Rev Enferm UFPE* [internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 30]; 11(1):341-350. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/article/view/11914/14403.
 19. Paes LG, Bellato TMS, Machado BP, et al. O uso de indicadores como ferramenta de gestão na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFMS* [internet]. 2015 [acesso 2018 maio 29]; 5(1):40-49. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14150>.
 20. Campos FCC, Faria HP, Santos MA. Monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Básica à Saúde. In: Campos FCC, Faria HP, Santos MA. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. Belo Horizonte: Nescon; UFMG; Coopmed; 2010. p. 81-9.
 21. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 [acesso 2018 maio 29]; 46(3):734-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028.
 22. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões Gerencial e Assistencial do Processo de Trabalho do Enfermeiro. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2009 [acesso em 2015 nov 15]; 18(2):258-265. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>.
 23. Fernandes MC, Silva LMS. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene* [internet]. 2013 [acesso em 2015 nov 15]; 14(2):438-47. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3407>.
 24. Bazzo-Romagnolli AP, Gimenez-Carvalho B, Nu-

- nes EFPA. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Rev Gerenc Polít Salud* [internet]. 2014 [acesso em 2016 dez 25]; 13(27):168-180. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144 Javeriana .rgyps13-27.gubs>.
25. Freire P. *Política e educação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
26. Freire P. *À sombra dessa mangueira*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.
27. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 dez 25]; 17(4):821-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_abstract&tlng=pt.
28. Barlach L, Limongi-Franca AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interam j psychol* [internet]. 2008 [acesso em 2017 jan 7]; 42(1):101-112. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>.
29. Caveião C, Coelho ICMM, Zagonel IPS. A produção do conhecimento sobre competências gerenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revenferm UFPE*. 2013; 7(esp):910-8.
30. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

Recebido em 10/02/2019

Aprovado em 16/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma

Profile analysis of managers of Basic Health Units in Criciúma

Flávia Henrique¹, Elizabeth Artmann², Juliano de Carvalho Lima²

DOI: 10.1590/0103-11042019S603

RESUMO Este artigo teve por objetivo analisar o perfil dos gestores de Unidade Básicas de Saúde de Criciúma. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e qualitativo. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), desenvolveu-se a coleta de dados por meio de questionário semiestruturado e grupo focal no período de abril a junho de 2016 com 84 participantes. As informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde subsidiaram a construção do perfil de gestores e a análise qualitativa do município de Criciúma à luz do panorama nacional. No Brasil, há gestores em 6% dos estabelecimentos e em 13% das unidades. Em Criciúma, 1% dos estabelecimentos e 2% das unidades. Os resultados dos perfis dos gestores mostram que eles têm média de 30,5 anos, 76% são mulheres, com formação em enfermagem, possuem média de 3 anos no serviço público, 0,7 anos na média como gestor da atual unidade. Em relação à formação, 74% possuem pós-graduação, 32% disseram que já fizeram ou estão fazendo alguma pós-graduação na área de gestão. O perfil dos gestores de unidades de Criciúma coincide com o apresentado pela literatura. A complexidade do setor saúde exige enfoques de gestão potentes, recursos extrassetoriais e interação dos diversos atores envolvidos na situação.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Gestor de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This paper aimed to analyze the profile of managers of Basic Health Units in Criciúma. This is a descriptive, qualitative and quantitative study. After approval by the Research Ethics Committee (CEP), data collection was developed through a semi-structured questionnaire and focus group from April to June 2016 with 84 participants. Information from the National Register of Health Facilities subsidized the construction of the profile of managers and the qualitative analysis of the municipality of Criciúma in the light of the national panorama. In Brazil, there are managers in 6% of establishments in general and in 13% of the Units. In Criciúma, 1% of the facilities and 2% of the Units. The results of the managers' profiles show that they have an average of 30,5 years, 76% are women, with a nursing education, having an average of 3 years in the public service, 0,7 years in average as the manager of the current unit. Regarding the education level, 74% are post-graduated, 32% said they have already done or are doing some post-graduation. The profile of the managers of the Units of Criciúma coincides with that presented in the literature. The complexity of the health sector requires powerful management approaches, extra-sectoral resources and interaction of the various actors involved in the situation.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. emaildeflaviahenrique@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

KEYWORDS *Health planning. Health manager. Primary Health Care.*



Introdução

Este artigo pretende trazer à luz um tema pouco valorizado na Atenção Básica (AB) que é o perfil, bem como as características e distribuição do gestor de Unidade Básica de Saúde (UBS). A motivação para o estudo se dá pela percepção que esse profissional pode potencializar ou dificultar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde na AB.

A partir do século XX, as organizações se complexificam, e estudos sistemáticos sobre gestão contribuem para o desenvolvimento de um campo próprio de conhecimento. A análise do trabalho gerencial mostra uma correspondência entre o seu aperfeiçoamento e a evolução do mercado e das organizações, sejam elas públicas ou privadas¹.

Especialmente após a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve um processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios, que passaram a executar, em sua grande maioria, os serviços de AB. Ao assumir o planejamento, gestão e serviços, os municípios necessitaram da atuação de um número progressivamente maior de gestores de saúde em seus quadros².

No modelo de organização dos serviços de saúde no Brasil, a AB tem-se desenvolvido com complexidade crescente em sua conformação e aumento de seu financiamento. Além das equipes de saúde da família, modelo prioritário de organização da AB brasileira, novos e específicos modelos de equipes e atuação profissionais vêm ampliando sua resolutividade. Esses profissionais atuam na comunidade e no domicílio do usuário, mas seu principal local de atuação é a UBS.

A análise do perfil e distribuição dos gerentes de UBS ancorou-se em autores que discutem o planejamento e gestão estratégica dos serviços de saúde³⁻⁷.

Para Motta³, o trabalho gerencial se diferencia de outras atividades técnicas e administrativas em que as atribuições funcionais são passíveis de receber definições claras, gerando comportamentos rotineiros. Para o autor, uma

definição aproximada para a gerência pode ser descrita como a arte de pensar, de decidir e de agir, de fazer acontecer e de obter resultados em uma interação humana constante.

Nas UBS, o trabalho é pautado pela complexidade e pela interdependência dos seus membros. Para Rivera⁴ e Artmann⁵, são características dessas organizações: primazia do centro operacional que engloba grande número de unidades independentes, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado; preponderância do relacional com coordenação do trabalho por meio do ajustamento mútuo que pressupõe relações espontâneas e informais entre responsáveis e padronização das profissões; debilidade da tecnoestrutura com fraco poder de ingerência sobre o núcleo operacional; importância da logística em função da expansão de meios logísticos tipicamente médicos e ausência de hierarquia rígida sendo que a direção não tem capacidade ou competência para dirigir diretamente os trabalhadores, atuando indiretamente por meio da tecnoestrutura.

Para Mintzberg⁶, os gestores executam importantes papéis de agregação das informações para os gestores acima e de *feedback* para o melhoramento do desempenho das unidades em que atuam. Assim, estes fluem para cima os problemas, as dificuldades, as propostas de mudança e as decisões que necessitam de autorização prévia; e, para baixo, os recursos, regras e planos a serem adotados, sendo que, muitas vezes, tomam decisões de acordo com a autoridade que lhes é concedida.

Para André⁷, o gestor de UBS faz a ponte entre a assistência e a gestão, necessitando possuir ambas as capacidades para ser reconhecido pelos colegas como um gestor eficaz, para dialogar com os profissionais, para, eventualmente, em situações específicas, poder atuar inclusive com seu saber profissional. Assim, conclui que o perfil ideal de formação para o gestor de unidade básica seria aquele com formação acadêmica em ciências da saúde e formação específica em gestão dos serviços de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso, descritivo, abordagem quantitativa e qualitativa⁸. Utilizaram-se dados oficiais e pesquisa sobre gestores de UBS no Brasil, análise de informações públicas, como a pesquisa de avaliação da AB em Santa Catarina de 2006, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Censo de UBS realizado em 2012 e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), realizado em 2012 e 2014 pelo Ministério da Saúde, em que são apresentados os dados das unidades de Criciúma discutidos em conjunto com dados estaduais e nacionais. Todas as informações são públicas e estão disponíveis em sites de acesso público.

As análises foram confrontadas com o resultado encontrado nas bases de dados nacionais e internacionais por meio de pesquisa nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medline, Scopus e Web of Science, utilizando como palavras-chave os descritores da Mesh e Desh: gestor, gestão *and* saúde, avaliação de competência, atenção básica, atenção primária, *health manager*, *administrative personnel*, *primary healthcare*, *primary care*, *primary health care* e *health center*.

Após autorização do Secretário Municipal de Saúde, coordenador da AB, comitê de ética municipal e da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, parecer 1.417.075, foi realizado o contato com o secretário municipal de saúde, coordenador de AB e com os gestores dos Distritos Sanitários de Criciúma, para convidá-los a participar da pesquisa e autorizar a pesquisadora a entrar em contato com os gestores de UBS, convidando-os também a participar. Esta pesquisa não contou com nenhum tipo de suporte financeiro.

Para definição do perfil dos gestores de UBS de Criciúma, foi utilizado um questionário com 19 questões autoavaliativas abertas e fechadas, de interface amigável, produzido de

acordo com as orientações propostas por Gil⁸. Para fins de comparabilidade com a pesquisa desenvolvida em 2007 pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, as mesmas questões foram reproduzidas no questionário acrescidas das demais pertinentes à pesquisa.

Os gestores foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a responder ao questionário impresso que possibilitou traçar o perfil desse gestor. Os dados foram coletados durante os meses de abril e junho de 2016. Os integrantes do grupo focal foram selecionados por meio da análise dos questionários, os critérios foram criticidade e preenchimento das perguntas abertas do questionário semiestruturado. Participaram da pesquisa 34 gestores de UBS do município de Criciúma, totalizando 71% do total de gestores. O grupo focal ocorreu com 14 participantes, de todos os distritos sanitários de saúde de Criciúma. Foi realizada a análise estatística com frequência simples, e a produção narrativa do Grupo Focal subsidiou a análise qualitativa.

Resultados e discussão

Criciúma é a maior cidade do sul do estado de Santa Catarina, possuindo uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2016 de 209.153 pessoas. Com uma área de 235 km², compõe uma das 16 regiões de saúde do estado, chamada de Carbonífera.

A estrutura física do sistema público de saúde de Criciúma, em dezembro de 2016, é composta por 48 UBS, 2 Pronto Atendimentos, 1 hospital pediátrico, 4 Centros de Atenção Psicossocial, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2 Policlínicas, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 1 unidade da Farmácia Popular do Brasil, 1 Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde.

As UBS são divididas em cinco distritos sanitários: Santa Luzia, Rio Maina, Boa Vista,

Centro e Próspera. Cada distrito sanitário tem um gerente central que apoia os gerentes das UBS da sua região.

Das 48 UBS do município de Criciúma, apenas 34 têm equipes de saúde da família, 14 possuem AB convencional e ainda há equipes de AB que atuam nas duas policlínicas. Os gestores de UBS de Criciúma não possuem formalização de sua condição como gestor, assumindo a gestão em função da sua formação como enfermeiros, algo que está presente na cultura local da organização do município de Criciúma.

Perfil dos gestores de UBS

Não há dados nacionais objetivos quanto ao número de gestores de UBS atuando no Brasil. Dados do CNES, de Dezembro de 2016, demonstram que há no País 297.736 estabelecimentos de saúde, de todos os tipos, sendo que, destes, 45.444 são UBS (considerando apenas Posto de saúde e Centro de saúde/Unidade básica).

No CNES, vinculam-se ao estabelecimento todos os profissionais que atuam nele, de acordo com o Cadastro Brasileiro de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego. Os gestores de serviços de saúde poderiam ser registrados no CNES com as seguintes denominações: Gerente Administrativo e/ou Gerentes de serviços de saúde. Como não há um estímulo financeiro específico ou política, por parte do gestor estadual ou federal, para a existência de gestores em estabelecimentos de saúde nem em UBS, não há obrigatoriedade do registro exato, podendo gerar erros e principalmente omissão de dados.

Dados do CNES de fevereiro de 2016 demonstram que há registrado, em todos os estabelecimentos de saúde do Brasil, 7.752 pessoas como gerentes administrativos e 11.473 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, em um total de 19.225 registros. Isso significa que, para 297.736 estabelecimentos de saúde, há 19.225 registros de gerentes, totalizando 6,4% de gerentes nos

estabelecimentos de saúde, pressupondo que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente, o que pode não ser verdadeiro⁹.

Em relação às UBS (considerando apenas Posto de saúde e Centro de saúde/Unidade básica), há 45.444 Unidades, 2.265 Gerentes Administrativos e 3.910 Gerentes de Serviços de Saúde, totalizando 6.175 Gerentes, que correspondem a 13,5% das UBS com gerentes.

No estado de Santa Catarina, em dezembro de 2016, havia 14.972 estabelecimentos de saúde, de todos os tipos, sendo que as UBS totalizavam 1.853. Em relação aos gestores de estabelecimentos de saúde de Santa Catarina, há registros de 202 pessoas como gerentes administrativos e 590 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, em um total de 792 registros. Isso significa que, para 14.972 estabelecimentos de saúde, há 792 registros de gerentes, totalizando 5,3% de gerentes por estabelecimento, se tomarmos como pressuposto que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente.

Em relação às UBS, há 1.853 delas, 39 Gerentes Administrativos e 44 Gerentes de Serviços de Saúde, totalizando 83 Gerentes, que correspondem a 4,4% dos estabelecimentos com gerentes⁹.

Os dados do município de Criciúma, de dezembro de 2016, demonstram haver 534 estabelecimentos de saúde. Destes, 48 são UBS. Em relação aos gestores de estabelecimentos de saúde de Criciúma, há registros de 3 pessoas como gerentes administrativos e de 2 pessoas como gerentes dos serviços de saúde, em um total de 5 registros. Isso significa que, para 534 estabelecimentos de saúde, há 5 registros de gerentes, totalizando 1% de gerentes por estabelecimento, pressupondo-se que todos os estabelecimentos tenham apenas um gerente.

Em relação às UBS, há 48 delas, 1 gerente administrativo e nenhum gerente de serviços de saúde, totalizando 1 gerente, que corresponde a 2% dos estabelecimentos com gerentes.

Com base nos dados de Criciúma, onde os gerentes de UBS não estão cadastrados no CNES como gerentes, e, sim, como

enfermeiros, a não ser um único caso em que o gestor de unidade não é enfermeiro, pressupõe-se que essa mesma realidade possa ocorrer em outros municípios do Brasil. Isso pode ser explicado pelo fato de o profissional, como no caso de Criciúma, não atuar exclusivamente como gestor, sendo também o enfermeiro da equipe de saúde. Percebe-se ainda que, em comparação com o estado de Santa Catarina e com o Brasil, o município de Criciúma possui um percentual menor de gerentes de unidades básicas (2%) que o estado de Santa Catarina (4,4%) e o Brasil (13,5%). Isso pode ser explicado, entre outros fatores, pela organização de serviços de AB no estado de Santa Catarina e em Criciúma, onde preponderam unidades de saúde com apenas uma equipe de saúde da família, em que a enfermeira geralmente assume o papel de gestora.

Outra fonte de dados secundários que pode ajudar a entender a gestão de UBS no Brasil é a avaliação do PMAQ-AB, que foi articulado, a partir de janeiro de 2011, no bojo de um conjunto de políticas de desenvolvimento da AB no Brasil, como de infraestrutura das UBS, informatização, provimento de profissionais, entre outras. O primeiro ciclo de avaliação do PMAQ-AB aconteceu em 2011, e participaram mais de 17 mil equipes de AB no País. Do segundo ciclo, que se iniciou em 2013, participaram mais de 30 mil¹⁰.

Os dados fornecidos pelo segundo ciclo do PMAQ-AB, em que a avaliação externa (coleta de dados diretamente nas UBS) aconteceu em 2014, trazem algumas informações que tangenciam as discussões acerca do gestor de UBS. Isso, porque não houve no PMAQ-AB nenhuma pergunta direta relacionada com o gestor de UBS, apenas algumas aproximações.

A pesquisa realizada em 2008 pelo Ministério da Saúde, em parceria com alguns estados do Brasil, no qual o estado de Santa Catarina participou na coleta e na organização da pesquisa em que algumas perguntas diretamente relacionadas ao gestor de UBS estavam presentes. Não há dados publicados disponíveis por município, somente estado

e região de saúde. Assim, apresentam-se os dados do Estado de Santa Catarina e da região Carbonífera, onde Criciúma está situada¹¹.

Perfil dos gestores de UBS

Em relação à pergunta, se existe um profissional contratado exclusivamente para a função gerencial na UBS, os resultados do estado foram que apenas 12,4% das UBS contam com esse profissional. Na região Carbonífera, nenhuma unidade pesquisada contava com gerente exclusivo. As perguntas a seguir foram realizadas somente para os gestores que atuavam exclusivamente na função gerencial. Assim, os dados apresentados se referem a todo o estado, uma vez que a região Carbonífera não possui nenhum gestor exclusivo para a gestão das UBS.

Em relação à escolaridade, 58% dos gestores têm nível superior; 18%, nível técnico; 26%, nível médio; e 2%, nível fundamental. Entre os que possuem nível superior, 61% possuem pós-graduação. Para 48% dos gerentes exclusivos, a forma de seleção foi por concurso público, e 51% têm contrato estatutário. Perguntados se já fizeram ou se estão fazendo algum curso na área de planejamento e gestão, 42% relataram que sim; e 58%, que não¹¹.

Os resultados dos perfis dos gestores mostram que eles têm média de 30,5 anos, variando de 24 a 45 anos. As mulheres correspondem a 76%, são praticamente todos enfermeiros, com exceção de um gestor que é graduado em aeronáutica, possuem média de 3 anos no serviço público, com tempo mínimo de 3 meses e máximo de 14 anos como gestor e 0,7 anos na média, além de tempo mínimo de 3 meses e máximo de 6 anos como gestor da atual unidade.

Essa característica dos gestores de UBS em Criciúma pode ser percebida nas falas colhidas durante o grupo focal:

Eu sou enfermeira do centro social urbano, faz cinco, seis meses que eu estou ali, antes eu trabalhava num pronto atendimento de uma unidade privada. [...] (G1).

[...] eu estou há sete meses, agora pela prefeitura, né. Fui chamada no concurso, eu não tinha experiência anterior caso eu me formei em 2013, fiz o concurso e me chamaram agora em janeiro, então estou aprendendo ainda, né, bastante coisa. (G3).

Essa característica dos gestores de UBS de Criciúma, de estarem há menos de um ano no serviço público ou na gestão da unidade básica, presente maciçamente na pesquisa, tem relação com a Ação Civil Pública nº 0022493-48.2012.8.24.0020, ajuizada em 22 de novembro de 2012 e julgada em 20 de janeiro de 2014, com sentença final em 03 de setembro de 2014, que determinou a imediata exoneração de todos os funcionários que estavam atuando sem prévia realização de concurso público. Do total de funcionários, foram demitidos 342 servidores; entre eles, 230 trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, praticamente todos os profissionais das equipes das UBS e da Estratégia Saúde da Família¹².

Essa medida obrigou o prefeito de Criciúma a concursar todos os profissionais e a demitir os antigos, processo difícil para toda a cidade e que trouxe, entre outras consequências, toda uma rede nova como pode ser observado também nas falas dos gestores durante o grupo focal:

[...] olhe pelo lado positivo, nunca teve tanto concursado da equipe, né, G7, é bem dizer 100%, a equipe inteira [...]. (G2).

Por isso que tem que investir, porque elas vão estar ali amanhã, depois, depois elas vão estar numa rotina de trabalho, assim a gente vai seguindo, a gente tem que continuar daqui a dez, 15 anos que seja né [...]. (G8).

Em relação à formação, 26% desses gestores possuem graduação, e 74%, pós-graduação, sendo que 62% em nível de especialização, e 12%, de mestrado; 79% finalizaram a graduação entre 2006 e 2013 e 68% finalizaram a pós-graduação entre os anos de 2012 a 2016. Entre

as pós-graduações mais realizadas, estão as de saúde da família, com 29%; saúde pública, com 17%; e gestão em saúde, com 17%. Ao perguntar se o gestor fez ou está fazendo algum curso de formação na área de planejamento, organização ou gestão dos serviços de saúde, 32% disseram que sim, e 68% disseram que não.

Apesar de alguns gestores terem pós-graduação em saúde pública e áreas afins, durante o grupo focal, expressaram a falta de formação e preparação por parte da Secretaria Municipal de Saúde para atuarem como gestores:

[...] lá na secretaria foi só isso: Fulana: vai para a Unidade tal pega a rua tal, vira lá à esquerda... eu: está, começo quando? Amanhã... eu peguei no outro dia, peguei o jaleco e fui, quando eu cheguei lá, no meio da equipe, de todo mundo, a enfermeira, corre um para cada lado e aí foi, tu tendo que correr para ligar para todo mundo. Falta sim o acolhimento nosso também, a gente se sentia importante no serviço, a gente tá [sic] lá sozinha, abandonada, acha que ninguém está nem aí pra nada, então tu também não vai fazer nada, se ninguém também não está nem aí pra nada, estressado, porque a gente não tem essa motivação, então acho que a gente precisa de uma capacitação pra aprender a gerir outras pessoas bem feito, a ter resultados, daquilo que a gente faz e agente também recebendo alguma motivação que empolgue a gente construindo alguma coisa positiva [...]. (G10).

Segundo André e Ciampole¹³, os gestores de UBS despreparados para assumirem sua função, tal como se observa, são um nó crítico importante do serviço público, pois propiciam discrepâncias quanto à liderança necessária para conduzir processos de mudanças e executar as políticas de saúde, levando à manutenção de projetos que necessitam ser superados. Verifica-se que construir competências para as UBS é ainda um projeto individual de alguns gestores, sem condução pelo governo federal, estadual e municipal.

Ximenes Neto e Sampaio¹⁴, avaliando os espaços de educação permanente ofertados

para os gerentes de equipes de saúde da família, observam que dos 28 Gerentes entrevistados, 27 não receberam nenhuma capacitação no momento da nomeação e, ainda no que concerne às qualificações que o gerente tenha vivenciado, há o predomínio absoluto de atividades de educação permanente, voltadas para a prática assistencial, e não para a gestão. Para Santric' Milicevic et al.¹⁵, em estudo de caso na Sérvia, a realização de formação para gestores de unidades de saúde mostrou que foi possível, por meio de treinamento, reduzir a lacuna de competências.

Mintzberg¹⁶, em seu livro 'Managing: desvendando o dia a dia da gestão', reflete que há algumas décadas pergunta aos gestores o que aconteceu no dia em que se tornaram gestores, e eles respondem que 'nada'. Em geral, os gestores não recebem treinamento ou orientação, tendo que aprender a arte da gestão geralmente sozinhos.

Em relação à seleção do gestor de unidade básica em Criciúma, verificou-se que, ao perguntar a forma dessa seleção, 47% responderam que foi por concurso público, e 53% relataram que se deu por outras formas. Entre as mais relatadas, estão a automática, por imposição e o concurso para enfermeiro.

No município de Criciúma os gestores de unidades básicas são necessariamente os enfermeiros da equipe de saúde da família ou da AB tradicional, de forma que não há seleção ou alternativa ao enfermeiro não assumir o cargo.

Para Hill¹⁷ e Loch¹, a odisseia de colaborador individual para gerente é, muitas vezes, difícil, cheia de histórias de horror de carreiras que não deram certo. Mesmo sendo excelentes contribuidores individuais, alguns trabalhadores nunca se ajustam com sucesso ao trabalho de gerente e às responsabilidades gerenciais. O gerenciamento de primeira linha é uma atividade muito desgastante, cheia de conflitos; e, para aqueles que falham nessa atribuição, os custos são altos. Para André e Ciampone¹³, a ascensão à posição de gestor deveria ser decorrente de avaliação meritória, e não indicação política, amizade ou confiança.

Em relação ao exercício da gestão de unidade ser exclusivamente por enfermeiro em Criciúma, as posições divergem no grupo focal:

[...] Essa é a questão de enfermeira gerente é história, gente, vem da faculdade sabendo que o enfermeiro vai ser gerente. Eu acho que moldam a gente para ser gerente, que é quando a gente chega no trabalho, o trabalho não está sistematizado, se fosse certinho a gente conseguiria, de tempo suficiente para fazer tudo, mas tu não tens técnico, tu não tens isso tu não tens aquilo, tu tentas resolver essas outras coisa e falta tempo, não que a gente não seja capacitada para fazer isso [...]. (G7).

[...] um administrador ajudaria bem mais assim, agendamento, pedir material, porque que não veio ainda, mandar o pedido [...]. (G3).

Na pesquisa desenvolvida por Hill¹⁷, os subordinados avaliaram como essencial a importância de o gerente ser alguém com formação técnica na área que está gerenciando e profundo conhecedor do processo de trabalho. Mintzberg⁶, ao discutir o poder do administrador/gestor nas burocracias profissionais, refere que pela natureza do núcleo profissional, altamente especializado e autônomo, há busca coletiva de controle sobre as decisões gerenciais que os afetam e exigência de que esses administradores estejam habilitados pelos órgãos de classe aos quais representam e que preferencialmente sejam eleitos por tais órgãos.

Ao avaliar os gestores de uma cooperativa de trabalho médico, Roquete¹⁸ conclui que, para os gestores, é fundamental o conhecimento da profissão, para respaldar seu trabalho com a classe profissional e com os usuários. Para Elina et al.¹⁹, os médicos gestores têm dificuldade de se inserir nas atividades de gestão, ficando muito vinculados ao conhecimento clínico e atuando mais como consultores do que como gestores. Segundo a mesma autora, os médicos da atenção primária conseguem desempenhar melhor o papel de gestores.

Observa-se que, nos estudos que trazem o

perfil dos gestores de UBS, há o predomínio da enfermagem, porém não há a exclusividade. No Brasil, o papel da enfermeira na gestão é muito significativo, diferentemente de outros países, onde o enfermeiro tem maior papel na assistência, cuidado com doenças crônicas e paliativas. Segundo Carvalho et al.²⁰, a importante contribuição da enfermagem no gerenciamento das UBS aponta o seu compromisso com indivíduos e coletividades, capacidade administrativa e de se relacionar de maneira satisfatória com os demais membros da equipe multiprofissional.

No entanto, também tem relação com seu destacado posicionamento a favor do cumprimento de ordens e manutenção do *status quo*. Para Ximenes Neto e Sampaio¹⁴, o cargo de gestor de UBS não deve ser centrado nos profissionais de enfermagem e nas mulheres, mas, sim, nas competências individuais e coletivas necessárias para uma boa gerência, a partir da análise do perfil profissional dos membros da equipe.

Na presente pesquisa, ao ser perguntado se o gestor recebe alguma gratificação para atuar como tal, 97% responderam que não recebem nenhuma gratificação, apenas um gestor referiu que recebe uma gratificação no valor de R\$ 500,00 do PMAQ-AB. Em relação ao nome atribuído ao cargo que ocupa, 70% disseram que são chamados de gerentes, 9%, de coordenador, e 21%, de gestor.

Durante o grupo focal, a questão específica de ganhar ou não gratificação financeira pelo exercício da gestão das UBS se tornou um tema polêmico:

[...] Mas eu acho que a gratificação em si, não necessariamente ajudaria tipo assim, [...] tu vais estar [sic] apagando incêndio e tu não consegues [sic] fazer o teu serviço ali, tem coisas que realmente é só da minha competência, ali fazer o preventivo, punccionar um paciente, [...]]. (G3).

[...] eu acho que nós deveríamos receber uma gratificação, não para ser cobrada mais, pois é a gente já é cobrada hoje, a gente recebe só como enfermeiro, e não muda o processo de trabalho [...]]. (G5).

André e Ciampone¹³ apontam para a necessidade de valorizar o desenvolvimento gerencial do gestor, e Ximenes Neto e Sampaio¹⁴ relatam que a complexidade do gerenciamento dos serviços de AB necessitam de reconhecimento social e financeiro por parte da gestão municipal. Na pesquisa do autor, em Sobral (CE), a gratificação que os gerentes recebiam era irrisória e incompatível com o cargo e com as responsabilidades.

Em relação à organização do trabalho, os gestores avaliados no presente trabalho relataram que 82% cumprem 40 horas semanais, 9% cumprem 30 horas e 1 gestor cumpre 44 horas semanais. Em relação aos trabalhadores sobre sua responsabilidade, verifica-se uma média de 10 trabalhadores e de 5.915 pessoas atendidas para cada gestor.

No grupo focal, ficou explícita uma divergência ante a necessidade de um profissional exclusivamente para atuar como gestor de UBS:

É bom ter um gerente e um só na assistência, porque o trabalho vai funcionar bem melhor, bem mais qualificado, vai conseguir dar assistência mais ao paciente, a trabalhar mais na prevenção, [...]]. (G14).

[...] nas aulas que a gente tem de gestão, administração e tudo mais, dá para perceber que o enfermeiro tem total capacidade, [...]]. (G7).

Sobre a exclusividade do trabalho como gestor de UBS, Ximenes Neto e Sampaio¹⁴ propõem em sua pesquisa que, nos territórios onde os indicadores epidemiológico-sociais sejam mais críticos, com densa lista de necessidades socio sanitárias e elevada população adstrita, que os gestores sejam exclusivos para atividade gerencial.

McConnell²¹, examinando o equilíbrio entre duas carreiras, de especialista e de gestor, que os profissionais de saúde podem assumir, avalia que há dificuldades grandes para os profissionais manterem as duas carreiras em paralelo; que os conhecimentos do especialista não o habilitam automaticamente para ser um

bom gestor, uma vez que o gerenciamento tem um corpo de conhecimento e disciplinas próprias, e que alguns profissionais, ao assumirem a gerência, por falta de capacitação como gestor, ficam muito desconfortáveis no papel.

Alguns achados deste estudo, como: a) a preponderância do sexo feminino entre os coordenadores; b) predominância de enfermeiras na gestão, com exceção de duas publicações que predominam os médicos; c) ter nível superior, d) mais de 60% com pós-graduação; e) até 5 anos no cargo de gestor; f) menos de 45 anos e menos de 50% tem pós-graduação em gestão; também são corroborados por outras pesquisas^{13,14,20,22-28}.

Considerações finais

As UBS no Brasil formam uma rede de serviços de saúde que atende regularmente a mais de 150 milhões de brasileiros e possuem a capilaridade de estarem presentes em todos os municípios do País, em uma relação de 1 unidade básica para cada 5 mil pessoas. O escopo de serviços ofertados pelas unidades básicas vem-se sofisticando e complexificando, com atuação de outras equipes de profissionais, para além das equipes de saúde da família ou equipes básicas de saúde.

Esse processo de agregação de serviços pelas unidades básicas e reconhecimento das UBS como porta preferencial, ordenadora e organizadora dos serviços de saúde gera um conjunto de demandas políticas, organizativas e de articulação que solicita a necessidade de um gestor desses serviços, presentes no dia a dia da unidade. Para que esse gestor tenha êxito nas atividades de gerência das UBS, ele precisa possuir um conjunto de competências voltadas para a gestão de serviços de saúde.

Dados nacionais, estaduais e municipais do gestor de UBS apontam para duas possibilidades: ou a maior parte dos estabelecimentos de saúde não possuem gestores, ou estes gestores não estão corretamente registrados no sistema de informação. Cabe ressaltar que o registro

do gestor de estabelecimento de saúde ou UBS não é obrigatório nem vinculado a nenhum tipo de incentivo financeiro por parte dos entes federados. Isso demonstra a necessidade de estimular ou criar políticas específicas para que tenhamos a correta informação sobre esses gestores e de seu perfil profissional.

Os resultados dos perfis dos gestores de Criciúma concluem que eles são jovens, mulheres e enfermeiras. Esse resultado tem respaldo na literatura e tem relação com a alta rotatividade desses profissionais nos serviços de saúde e, em particular, no município de Criciúma, com o recente concurso em que os servidores da saúde, especialmente da AB, que anteriormente possuíam contratação em regime precário, foram substituídos por concursados.

Apesar de possuir um percentual significativo de gestores com pós-graduação, durante o grupo focal, nas falas, ficou evidente a falta de preparação por parte dos gestores para atuarem de acordo com a função, o que pode ser explicado pelo distanciamento e pela fragilidade dos cursos de pós-graduação em relação à prática dos serviços de saúde e à falta de formação em serviços dos locais onde os gestores atuam. Essa constatação tem respaldo na literatura, pois os livros e artigos citados repetidamente trazem essa dificuldade por parte dos gestores.

Em relação à forma de seleção para o cargo, eles relataram que foi imposto, uma vez que são enfermeiros, atuam na assistência e na gestão e que não recebem nenhum tipo de gratificação pecuniária pelo papel de gestor. Esses achados são corroborados pelo que está presente na literatura e demonstra o pouco reconhecimento do papel do gestor, na medida em que a escolha não está relacionada com o perfil e competências nem há retorno financeiro por essa atribuição específica.

Propõe-se a constituição de políticas nacionais, estaduais ou municipais voltadas para valorização e consolidação da gestão de UBS. Isso inclui a institucionalização do cargo de gestor de UBS nas estruturas administrativas municipais, incentivo financeiro para o

exercício da atribuição de gestor, reserva de carga horária para as atividades de gestão e nas unidades com maior número de equipes, exclusividade do profissional para o cargo de gestor, seleção de profissionais de acordo com o perfil de gestão para o cargo de gestor.

É recomendável que o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado e dos Municípios, bem como as Universidades ofertem cursos de especialização e capacitação voltados para o desenvolvimento das competências necessárias aos gestores de UBS. Contudo, faz-se necessário que o conteúdo e o formato desses cursos de formação sejam adequados no sentido de preparar os gestores para o enfrentamento criativo dos problemas relacionados com a gestão de UBS. Um primeiro conceito a ser abordado é a própria noção de planejamento como um cálculo que precede e preside a ação no dia a dia. Esse alargamento para além do cálculo incorpora aspectos de gerência, aspectos organizacionais e uma ênfase no planejamento da conjuntura e na constante atualização do plano/ações/atividades. Equipes de apoio institucional, bem preparadas e com visão estratégica nas Secretarias Municipais de Saúde às quais os gestores da UBS estão vinculados, também podem contribuir para a resolução dos casos concretos encontrados

nos serviços, promover educação permanente, reflexão e ampliação do escopo de competências dos gestores das UBS.

A complexidade do trabalho em saúde, que exige o enfrentamento de problemas para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida, impõe enfoques de gestão potentes e capacidade de articulação dos gestores, em um setor no qual os problemas devem ser sempre abordados em suas múltiplas dimensões – política, econômica, social, cultural etc. – e em sua multisetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extrasetoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Colaboradores

Henrique F (0000-0002-6363-6730)*, Artmann E (0000-0002-8690-5964)* contribuíram igualmente para a concepção e desenho do artigo, na análise e a interpretação dos dados e na escrita e revisão final do texto. Lima JC (0000-0001-9132-1253)* contribuiu para a escrita e revisão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Loch S. Tornar-se gerente [tese] [internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 297 p. [acesso em 2014 abr 28]. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/93046>.
- Fleury S. Democracia e Inovação na gestão local de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
- Motta PR. A Ciência e a Arte de ser Dirigente. 15. ed. Rio de Janeiro: Record; 2003.
- Rivera FJU. Análise Estratégica Hospitalar e Projeto Assistencial: a perspectiva de Michel Crémadez e François Grateau. In: Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 312.
- Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- Mintzberg H. Criando organização eficazes: estruturas em cinco configurações. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2011.
- André AM. Gestão de Unidades Básicas de Saúde e de pessoas: Tendências para a próxima década [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. 183 p. [acesso em 2014 nov 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-19082010-105446/en.php>.
- Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2016. [acesso em 2016 out 2]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42.
- Pinto HA, Souza ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Saúde debate. 2014; 38(esp):358-72.
- Panizzi M, Santos PP. Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina - Característica de Implantação e Funcionamento. Rev Catarinense Saúde Fam. 2010; 1(3):6-12.
- Promotora de Justiça esclarece sobre exoneração de servidores de Criciúma [internet]. Ministério Público de Santa Catarina. 2015 [acesso em 2017 fev 15]. Disponível em: <https://www.mpsc.mp.br/noticias/promotora-de-justica-esclarece-sobre-exoneracao-de-servidores-de-criciuma>.
- André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(esp):835-40.
- Ximenes Neto FRG, Sampaio JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Rev Bras Enferm. 2007; 60(6):687-695.
- Santrić Milicevic MM, Bjegovic-Mikanovic VM, Terzic-Supić ZJ, et al. Competencies gap of management teams in primary health care. Eur J Public Health. 2011; 21(2):247-53.
- Mintzberg H. Managing: Desvendando o dia a dia da gestão. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- Hill LA. Novos Gerentes, assumindo uma nova identidade. São Paulo: Markron Books; 1993. 296 p.
- Roquete FF. Identidade e competências profissionais: um estudo com diretores executivos de uma cooperativa de trabalho médico de Minas Gerais [tese] [internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. [acesso em 2016 out 2]. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24585>.
- Elina V, Juhani L, Tiina T-J, et al. Doctor-managers as decision makers in hospitals and health centres. J Health Organ Manag. 2006; 20(2-3):85-94.
- Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA, et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de di-

- ferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(5):907-14.
21. McConnell CR. The health care professional as a manager: finding the critical balance in a dual role. *Health Care Manag*. 2002; 20(3):1-10.
22. André AM, Ciampone MHT, Santelle O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(1):158-63.
23. Barbieri AR, Hortale VA. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1349-1356.
24. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet*. 2009; 14:1541-1552.
25. Fracolli LA, Egry EY. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde. *Rev Lat-Am Enferm*. 2001; 9(5):13-8.
26. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência dos serviços de saúde: instrumento para construção da prática multiprofissional. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011; 21(2):629-646.
27. Rocha BS, Munari DB, Bezerra ALQ, et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2):229-33.
28. Lourenco MR, Shinyashiki GT, Trevizan MA. Management and leadership: analysis of nurse manager's knowledge. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005; 13(4):469-73.
-
- Recebido em 19/02/2019
Aprovado em 14/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde

Challenges and strategies in the management of Basic Health Units

Selma Loch¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S604

RESUMO Este artigo discute os achados de uma pesquisa que procurou elucidar a experiência vivida por gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) na perspectiva de contribuir para o desenvolvimento gerencial em saúde. A metodologia utilizada na pesquisa foi a fenomenologia e a hermenêutica, e a coleta das histórias foi realizada por meio de entrevista em profundidade. Ao se tornarem gerentes, os sujeitos desta pesquisa se depararam com uma rotina de trabalho intensa, variada e fragmentada e foram surpreendidos pelas prioridades institucionais, que impediam a implantação das suas agendas. Altamente dependentes de outros setores, precisaram organizar uma ampla rede de relacionamentos dentro e de fora da instituição. Suportando tensões, resolvendo problemas e superando desafios, eles revisaram seus conceitos e passaram por um processo de mudança de consciência que os levou a pensar e a agir como gerentes. Ser um gerente de UBS significou, para cada um deles, ser um agente de mudanças, que trabalha em um ambiente de alta pressão e de pouca autonomia, liderando processos de transformação na sua unidade, em função da comunidade onde se insere.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Aprendizagem.

ABSTRACT *This paper discusses the findings of a research that tried to elucidate the experience lived by managers of Basic Health Units (BHU) with a perspective to contribute with health managerial development. The methodology used in the research was phenomenology and hermeneutic and the history collections were held through a deep interview. When they became managers, they faced an intense, varied and fragmented routine and they were astonished by institutional priorities that prevented their agenda implementations. Highly dependent on other sectors, they needed to organize a wide relationship network inside and outside the institution. Standing tensions, solving problems, and overcoming challenges, they reviewed their concepts and passed through a conscious changing process that made them think and act as managers. Being a BHU manager meant, for each of them, being a changing agent, working under a high pressure environment and with low autonomy, leading transformation processes in his/her unit, due to the community where he/she is inserted.*

KEYWORDS *Health services administration. Primary Health Care. Learning.*

¹Prefeitura de Florianópolis, Secretaria de Saúde – Florianópolis (SC), Brasil.
selmaloch@gmail.com

Introdução

Diariamente, inúmeros profissionais são nomeados como gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que a maioria deles são técnicos da área (enfermeiros, dentistas, médicos, psicólogos e outros), sem qualquer formação para o exercício da nova função.

A literatura especializada aponta que o gerenciamento do primeiro nível das organizações costuma ser o mais difícil, pois sobre ele recaem as demandas dos usuários, dos funcionários e dos superiores¹. Os processos de trabalho de uma UBS são complexos, altamente intangíveis, envolvendo equipes multiprofissionais, com um escopo de ações que vai desde a promoção à saúde até a reabilitação de pacientes. A demanda costuma ser diversificada e não programada.

O gerenciamento de UBS é considerado difícil e com alto nível de estresse, em consequência da alta demanda da população, sobrecarga nas agendas, interferência dos níveis mais centrais de gestão e dificuldades de gerenciamento de equipes, sobrando, ao gerente, pouco tempo para o planejamento²⁻⁴.

Essas observações correspondem a pesquisas na área de administração, em que se considera que a imagem do gerente que planeja, coordena e controla de forma sistemática é puro folclore. Ao contrário, suas atividades são caracterizadas pela brevidade, variedade e fragmentação. O planejamento é precário, com reprogramação frequente do seu dia de trabalho⁵.

Apesar da complexidade da função e da alta rotatividade observada no cargo de gerentes de UBS, pouco se faz para apoiar esse profissional, além das capacitações pautadas por métodos ultrapassados, que respondem apenas aos interesses institucionais.

Este artigo é baseado em uma pesquisa de tese⁶, que procurou compreender a experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de UBS, na perspectiva de apoiar o desenvolvimento de gerentes na área. Tal pesquisa fez parte de um conjunto maior de iniciativas e contou com

financiamento do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Metodologia

A metodologia utilizada na pesquisa que alimenta este artigo se fundamentou no paradigma interpretativo. Foi baseada na visão de que a realidade é produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos, entendida a partir do ponto de vista do participante da ação, mais do que do ponto de vista do observador⁷.

A abordagem metodológica foi a fenomenologia-hermenêutica, conforme apresentada por Max van Manen em seu livro 'Researching lived experience'⁸. Para obtenção dos relatos, utilizou-se a técnica da entrevista em profundidade, ou em três tempos, de Seidman, que permite uma aproximação progressiva à essência da experiência vivida pelos sujeitos da pesquisa⁹.

Os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa foram orientados pela literatura da área, segundo a qual a primeira experiência como gerente costuma ser a mais marcante e o processo de transformação de contribuidor individual para gerente é maior no primeiro ano de atividade¹. Nesse sentido, foram entrevistados médicos da família e da comunidade, gerentes de UBS, que tiveram suas primeiras experiências como gerentes nos últimos cinco anos que antecederam a pesquisa, com pelo menos um ano de experiência, sem formação específica para a função e que estivessem atuando em municípios da Região da Grande Florianópolis (SC). Apenas seis médicos corresponderam a esses critérios de inclusão. Para preservar suas identidades, os entrevistados escolheram os codinomes pelos quais são identificados. O relatório e o artigo seguem a orientação descritiva fenomenológica e dialogada com literatura.

Os sujeitos concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em consonância com as determinações da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰. A pesquisa foi autorizada pela Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

(Conep) da Universidade Federal de Santa Catarina por meio do certificado nº 131, em 25 de maio de 2009.

Resultados e discussão

A primeira experiência como gerente costuma ser marcante na vida dos profissionais, independentemente do tamanho da organização em que atuam. Nesse período, acontecem as maiores descobertas e transformações no seu comportamento e que irá marcá-los para a vida toda.

Os novos gerentes

Ao serem convidados para gerentes, os profissionais interpretaram o convite como sendo um reconhecimento pela sua dedicação e trabalho. Conhecedores dos problemas da unidade onde trabalhavam, viram no convite a oportunidade de realizar mudanças na unidade e a possibilidade de interferir nas decisões da secretaria.

Inicialmente, tiveram uma postura compreensiva, motivacional e inclusiva. Suas prioridades foram direcionadas para a solução dos problemas estruturais e funcionais da unidade, para o suprimento dos insumos, para o envolvimento da equipe nos processos decisórios locais, além de seus objetivos estratégicos pessoais.

Eu tinha uma proposta assim: primeiro organizar um pouco ali. O mínimo que fizesse já era o bastante [...]. Eu tinha um norte também: queria transformar o posto de saúde num centro de docência. (Júnior).

No entanto, os novos gerentes foram surpreendidos por uma enorme carga de trabalho burocrático, pela falta de autonomia para resolver os problemas e por uma rotina para a qual não estavam preparados:

Ah... o meu dia? É bem variado, bem variado. Tem dia que é uma maravilha, tem dia que é um... eu acho que nunca acaba...

Desligo o carro na frente do posto e não consigo nem chegar até o terceiro andar. Na escada, alguém já vem: Manoela! Não sei o quê, não sei o que lá!; Manoela! Aquela marcação de exame!; Manoela! Não sei o quê! Aquele exame! Aquela dúvida! Não sei o quê. (Manoela).

O gerente de uma UBS atua como um respondente, em tempo real, de inúmeros problemas e demandas que emergem a cada momento, por todos os lados, sobrando-lhe pouco tempo para o planejamento. Essa constatação corresponde aos achados de Mintzberg, em seu estudo com grandes executivos, no qual observou que as suas rotinas eram intensas, variadas e fragmentadas e que a imagem do gerente planejando, executando, monitorando e avaliando era puro folclore⁵.

De forma semelhante, os novos gerentes não conseguiam se desvencilhar da sua agenda de técnicos e atuavam como coringas, substituindo profissionais faltantes, atendendo à demanda e renovando receitas, o que tornava o seu dia a dia ainda mais caótico. Para conseguirem fazer o seu trabalho, precisaram dominar o tempo e organizar uma agenda de prioridades.

A agenda do gerente

A agenda de um gerente representa as suas prioridades. Geralmente é de ordem tácita, com metas e estratégias construídas a partir dos planos da secretaria, das informações conseguidas com seus contatos e das suas experiências e impressões pessoais sobre a área da saúde¹¹.

Inicialmente voltada para os problemas funcionais da unidade, a agenda logo foi dominada pelas demandas da secretaria da saúde. A rotina burocrática, relatórios emergenciais, interferência no trabalho local, reuniões de última hora, necessidade de participar de eventos institucionais e outras demandas não esperadas impediam a implantação das suas prioridades. A reação à interferência central foi intensa, fator de revolta e de grande sofrimento psicológico:

É uma coisa assim, que eles vão botando, vão botando, vão botando, e eles não sabem como é que a gente trabalha aqui! Entendeu? Aí vem uma normativa goela abaixo! E tu tinhas que cumprir, tu tinhas que fazer! [...]. (Análise).

Enquanto os gerentes estavam voltados para as suas prioridades, a expectativa dos superiores com a sua nomeação era que dessem andamento à agenda institucional¹. Logo eles descobriram que as demandas institucionais eram as mais importantes e que, além da sua agenda, existiam outras: as dos seus superiores, dos seus colaboradores/funcionários e da comunidade. Para implantar suas prioridades, eles precisariam satisfazer diferentes expectativas e, acima de tudo, negociar muito.

O desempenho dos gerentes é o resultado do equilíbrio alcançado entre as coisas que eles são obrigados a fazer, as que não podem fazer e, finalmente, as suas escolhas¹². Com o tempo, eles perceberam a importância das atividades burocráticas e que as reuniões eram oportunidades de estabelecer contatos, de conhecer as prioridades institucionais e de identificar oportunidades para implantar a sua agenda, já totalmente reconfigurada.

A agenda política dos gestores foi a mais difícil de ser absorvida. Embora tivessem convivido com a política desde cedo, como funcionários da unidade, agora, como gerentes, essas questões começaram a tangenciar suas vidas. A tensão inicial foi grande, mas eles aprenderam e desenvolveram estratégias para interferir nas campanhas, fazendo contatos, divulgando propostas para a unidade, além de realizar movimentos para acomodar promessas eleitorais, sem grandes interferências no trabalho local.

A rede de relacionamentos

Altamente dependentes de outros setores da secretaria da saúde para implantar a sua agenda, os gerentes contaram com apoio dos seus colaboradores e de inúmeras pessoas de fora da unidade. Setores estratégicos da

secretaria, como gestão de pessoas, almoxarifado e informática, foram rapidamente articulados, além de pessoas de fora da instituição, como professores e até políticos.

O estudo das trajetórias desses profissionais evidenciou que, quanto mais ampla foi sua rede de relacionamentos, mais eficiente e eficaz se tornou o seu desempenho em termos de implantação da agenda e permanência no cargo. Foi por meio dessa rede, formal e informal, que os gerentes obtiveram informações, monitoraram o ambiente, conseguiram influenciar nas decisões que consideravam importantes para sua unidade e identificaram oportunidades:

Os fluxos na secretaria da saúde, acho que nunca funcionaram muito bem. Então, quem conhecia as pessoas e tinha trânsito, conseguia alguma coisa a mais, como cartucho de impressora, entende? Nunca faltava, era amigo do cara da informática... E assim vai. (Júnior).

Estudos mostram que os gerentes novatos tendem a demorar mais a formular e a implantar sua agenda, porque ainda não têm uma boa rede de contatos estruturada¹¹. A capacidade de relacionamento foi um recurso crítico para o sucesso. Contrariamente ao esperado¹, os gerentes de UBS pouco se apoiaram mutuamente, dando preferência ao relacionamento com os superiores das áreas técnicas (estratégia de saúde da família e áreas programáticas) e com os funcionários da unidade. O relacionamento com a comunidade, embora algumas vezes conflituoso, em função da demanda reprimida e das dificuldades de acesso a exames e consultas especializadas, foi o mais tranquilo e linear.

Já o relacionamento com os superiores de maior nível hierárquico foi o mais conflituoso de toda a rede de relacionamentos. Os gerentes reagiram às suas agendas, às intervenções na unidade, à falta de insumos e de informações e às decisões políticas. Em alguns casos, foi possível evoluir para processos de discussões e aprendizado mútuo; em outros, aconteceram confrontos diretos e desgastes, nos quais quem mais perdeu foram o gerente e a sua unidade.

É interessante observar que a maioria dos gerentes se referia aos superiores como ‘pessoal da secretaria’, ‘a secretaria’, ‘o nível central’, como se fossem pertencentes a outra instituição, da qual não faziam parte.

A interface com os funcionários foi a pauta que mais ocupou o tempo dos gerentes. Consumidos entre a burocracia e as prioridades da gestão, precisaram contar muito com a sua colaboração. Saber ouvir, negociar conflitos, motivar, apoiar tecnicamente, ter credibilidade e articular a equipe foi fundamental para a gestão local.

Trabalhar com recursos humanos não é uma coisa fácil. Acho que é uma coisa que sinto falta, embora a gente acaba aprendendo por uma necessidade no dia a dia, mas que eu acho que talvez seja uma das coisas mais complicadas do trabalho enquanto gerente..., né?! (Júnior).

Conseguir estruturar uma boa equipe foi essencial. Como eles não tinham autonomia para contratar e não participavam de processos seletivos, foi por intermédio da rede de contatos que conseguiram influenciar na seleção e na lotação de pessoal para a sua unidade.

A estratégia mais utilizada pelos gerentes de UBS para mobilizar e comprometer a equipe com a implantação das agendas foi a gestão participativa. Esse estilo gerencial proporciona vários benefícios, como melhorar a qualidade da decisão, aumentar a aceitação da decisão, desenvolver habilidades dos membros para analisar problemas, facilitar a resolução de conflitos. É relacionada com a alta satisfação, com o baixo estresse, com o baixo absenteísmo e com a melhor resposta às iniciativas gerenciais¹³. Contribui para o resgate dos sujeitos-técnicos da saúde, para responsabilização, motivação, autonomização, aprendizagem e como mecanismo de mudança da cultura institucional^{3,14,15}.

As UBS podem ser consideradas Organizações Intensivas em Conhecimento (OIC). Essas organizações se caracterizam por ter seus processos de trabalho baseados no conhecimento e na habilidade intelectual

das suas equipes; as equipes têm alto grau de autonomia no desenvolvimento dos serviços; geralmente possuem estruturas horizontais de funcionamento, baseadas em equipes que trabalham de maneira flexível e integrada e utilizam intensivamente a comunicação para a coordenação e a resolução dos problemas; o trabalho é centrado nos usuários e exige articulação de soluções; existe uma assimetria de poder, fazendo os usuários confiarem nas competências dos trabalhadores para a solução de seus problemas; e a avaliação da qualidade dos serviços é difícil, devido ao grau de complexidade dos problemas e da alta participação dos usuários nos processos de trabalho¹⁶.

Essas unidades necessitam de processos específicos de gestão, que facilitem e motivem o processo de troca e criação do conhecimento, tanto o tácito como o explícito¹⁶. Nesse tipo de organização, em que o processo produtivo depende do conhecimento de cada membro da equipe e há pouco apoio de tecnologia, modelos de gestão autárquicos geram altos níveis de insatisfação e costumam ser improdutivos, uma vez que os trabalhadores precisam ser motivados a mobilizar seus conhecimentos e contribuir positivamente para a produção dos serviços.

Sabedores da alternância de governos e da probabilidade de voltarem a ser colaboradores individuais nas suas unidades, preocupados com a possibilidade de sofrerem retaliações no futuro, os gerentes de UBS tiveram muitas dificuldades para avaliar seus colaboradores e tomar atitudes muitas vezes impopulares:

É difícil... é muito difícil, porque a gente começa a se apegar às pessoas e, às vezes, a gente não pode, né? A gente tem que avaliar as pessoas como um profissional.

[...]. Eu sofro. Na noite anterior, eu não dormia direito, eu ficava pensando: como fazer para não magoar... Porque, ao mesmo tempo, é uma excelente pessoa, só que o profissional deixava a desejar e... não era aquela a sua função. [...].

Eu fui aprendendo..., sabe?! O que vão pensar, né?! [...] Mas, como eles falam, tem hora que a gente é gerente, que a gente tem que tomar as

decisões, a gente tem que ter a postura de gerente. [...] Eu vi que eles entenderam na boa, que entenderam a função que eu tinha naquele momento. (Análise).

As pesquisas indicam que a capacidade de fazer monitoramento e avaliação dos subordinados é associada à maturidade e ao desempenho dos gerentes^{1,13}. Diferentes estratégias foram utilizadas: alguns visitavam todos os setores diariamente, outros se inseriam nos diferentes processos de trabalho, e outros, em reuniões apoiadas por informações sobre o trabalho na unidade.

A realização de um ‘contrato’ de trabalho, mesmo que informal, foi uma importante estratégia utilizada para facilitar a avaliação. Discutir e negociar com os colaboradores as expectativas, as normas de convivência e os processos de trabalho facilitam a avaliação e a gestão de crises no futuro, uma vez que há um pacto estabelecido, um ponto de partida para as avaliações.

Para serem respeitados, os gerentes precisaram ganhar credibilidade e confiança das suas equipes. Eles eram observados e avaliados o tempo todo pelos seus colaboradores. Foi preciso dar bom exemplo, dar suporte técnico e garantir retaguarda para as condutas pactuadas:

E você não precisa ser babaca, ou o bobalhão da capa, para as pessoas gostarem ou não gostarem de você! Não é daí que elas vão tirar o que elas acham de você! Você pode ser duro, tá? Mas se você mostrar ética, que está empenhado, que se preocupa, se você der o exemplo, todo mundo vai atrás de ti.

Você pode ser exigente, mas você tem que dar a contrapartida. Você tem que mostrar que a lei para eles, é a mesma lei para ti também [...]. Tu tens que mostrar que estás comprometido com aquilo. [...] você tem que deixar uma figura clara, definida... de quem é o coordenador. (Manoela).

A função de gerente exige novas atitudes e comportamentos, diferentes daqueles desempenhados como técnicos da unidade. É

preciso encontrar o equilíbrio entre o apoio e a cobrança, entre a proteção e a exposição, entre a distância e a proximidade; é preciso se posicionar como gerente¹.

Manter os superiores informados sobre o trabalho na UBS foi uma medida preventiva utilizada, pois alguns funcionários recorrem a eles em situações de conflito, podendo esse comportamento desencadear ações contraditórias e interferências na unidade.

A falta de profissionais na equipe foi o problema mais constante com o qual os gerentes se defrontaram. Para lidar com ele, contaram principalmente com o apoio da equipe da unidade:

Existe... existe bastante falta. Mas, eu vejo como uma coisa normal... porque é o ser humano... independente se é posto de saúde, se é sistema privado, sempre vai ter as facetas de cada um... as patologias que cada um tem. Porque são seres humanos e adoecem. E adoecem por excesso de trabalho também. [...] Aqui, eu tenho 18 mil habitantes para três médicos. Não tem como o médico aguentar muito tempo sem adoecer. (Sofia).

Como a reposição ou substituição de pessoal costuma ser morosa no serviço público, a carga horária e a negociação de folgas foram o único recurso com o qual os gerentes contaram para absorver a demanda e superar os problemas advindos da falta de pessoal.

Para auxiliá-los no gerenciamento da unidade, os gerentes contavam com o apoio da sua equipe e, mais precisamente, com algumas pessoas que podiam fazer o seu trabalho. Embora relutassem em transferir seu trabalho, os gerentes precisaram aprender a delegar.

O nível de delegação varia de acordo com a magnitude das responsabilidades, o nível de liberdade para decidir, a autoridade recebida, a natureza das decisões e o acesso às informações. Em geral, resulta em maior comprometimento dos subordinados, diminui a sobrecarga do gerente e contribui para a formação de novas lideranças¹³.

Outro aprendizado importante observado foi a convivência com os servidores antigos e

novatos. Os gerentes de UBS, em sua maioria jovens, tenderam a considerar os funcionários antigos como pouco comprometidos, desatualizados e resistentes às mudanças. Porém, se foi difícil engajá-los nos processos de mudança, também foram os mais antigos que sustentaram as unidades nos momentos de crise (por falta de funcionários, de insumos ou de apoio dos superiores), pois estes já tinham suas estratégias para conviver com os problemas crônicos da instituição.

As deficiências na formação dos novos funcionários e a demora da secretaria em responder às necessidades de capacitação foram superadas por iniciativas de capacitação locais, envolvendo toda a equipe da unidade. Já a inexperiência no relacionamento com a comunidade, principalmente em regiões com alta violência, foi superada com iniciativas que facilitaram o compartilhamento de experiências com os veteranos.

Segundo a literatura da área, a inserção de novatos em uma organização costuma ter um percurso/caminho frequente, representado por um conjunto de provações a que são submetidos até se inserirem nas comunidades de práticas, os grupos que influenciam nas decisões da organização. O conhecimento desse percurso pode orientar iniciativas que visem facilitar essa caminhada, diminuir o estresse individual e agilizar sua contribuição para com a instituição¹⁷.

A intensidade do trabalho profissional em uma UBS, a alta participação e proximidade dos usuários implicam possibilidade contínua de revisão e criação de oportunidades inovadoras¹⁸, em que a atuação de um líder/gerente pode ter importante impacto no desempenho da unidade.

O caminho do aprendizado

Os gerentes de UBS pesquisados experimentaram uma rotina intensa de trabalho, baixa autonomia e alta dependência de outros setores, conflitos com os superiores e dificuldades para lidar com seus colaboradores. Para sobreviverem na função, foi necessário rever

rapidamente a sua agenda, fazer uma ampla rede de contatos e conseguir motivar a equipe.

Nessa caminhada, a tensão foi grande, e o seu sistema conceitual de referência não lhes dava mais subsídios para a compreensão da nova realidade. Rejeição, ansiedade, embates e questionamentos começaram a fazer parte do seu dia a dia:

Estresse, ansiedade, fiquei com insônia nesse primeiro mês, porque eu queria resolver tudo, e nem tudo eu conseguia resolver, porque não estava na minha alçada... Foi bem estressante!

Chegava no posto às sete e meia da manhã e saía às sete e meia da noite, exausta. Muito puxado. Dias que eu não conseguia me alimentar... não dava nem de tomar água, não tinha horário de almoço, porque os problemas iam almoço a dentro. (Sofia).

Para conquistar alguma autonomia e fazer a unidade funcionar, os gerentes precisaram aprender a correr riscos e a desenvolver suas atividades a despeito das orientações centrais e de prováveis retaliações posteriores:

[...] medo que as coisas fujam do controle. Ao mesmo tempo que te cobram uma... que tu tomes uma decisão. Quando tu tomas uma decisão, tu descobres que aquela decisão é por tua conta e risco. Porque, se der errado, quem se rala é tu. Não existe uma retaguarda jurídica, uma retaguarda institucional que realmente te dê suporte para algumas decisões que tu és obrigado a tomar para as coisas funcionarem. (Antônio).

O medo na gerência é um tema recorrente. Os executivos experimentam diferentes sensações de medo (da rejeição, de errar, da incompetência e de ter a imagem prejudicada), geralmente acompanhadas de sinais físicos e mentais, como a fadiga, a ansiedade e a taquicardia¹⁹, como também foi observado nesta pesquisa.

Estabelecer os seus limites éticos e aprender a lidar com o poder também foram aprendizados importantes. Embora o gerente de primeiro nível tenha pouca autonomia, ele

tem bastante poder: o poder sobre as decisões locais e também o de encaminhar os fatos e situações para os superiores, e vice-versa. Ele é a ponte entre a organização e os funcionários e pode ampliar ou diminuir problemas locais, intervir em processos de trabalho, entre outras decisões de relevância.

A cada conflito, a cada dificuldade enfrentada, os gerentes foram lançados em profundos questionamentos, em um processo de ação-reflexão-ação que provocou mudanças nos seus comportamentos e nas formas de interpretar a realidade. É a aprendizagem transformacional discutida por Mezzirow^{1,20,21}. Esse processo os impulsionou a um verdadeiro processo de mudança de identidade^{20,21}, que os levou a agir e a pensar como gerentes. Eles passaram, então, a fazer parte de outra comunidade de práticas: a dos gerentes¹.

Eu acho que a gente começa... a gente começa a ver, enxergar melhor os problemas da saúde pública, que a gente não sabe enquanto é só assistente. Tu não sabes a grandeza dos problemas, tu não sabes... [...]. (Analise).

Cara! Eu acho que sou outra... Abre um portal, tá entendendo? (Manoela).

Essas mudanças foram sentidas não apenas no ambiente de trabalho, mas também na vida pessoal. Eles se tornaram mais ágeis, mais ativos, mais comunicativos.

Eu mudei. Com as pessoas... com as pessoas, eu mudei 150%. (Manoela).

Mas eu acho que essa questão de... de ficar mais extrovertido... esse relacionamento com as pessoas, acho que facilitou a minha postura em público, né?! (Marcelo).

A minha casa tá muito melhor administrada. Eu consigo fazer trinta coisas ao mesmo tempo, dentro da minha casa. Meu marido tá amando! (Sofia).

Enfrentando problemas, superando dificuldades e refletindo sobre suas experiências, os gerentes aprenderam, conforme previsto pela literatura, na prática¹.

Aprendi fazendo! Fazendo! Fazendo! A colega, que tinha sido coordenadora antes, me ensinou um pouco, mas eu aprendi, mesmo, fazendo. [...]. (Manoela).

Nesse processo de aprendizado, eles utilizaram principalmente quatro recursos²²: a experiência como contribuidor individual, a rede de relacionamentos, o treinamento formal e as avaliações.

A experiência de contribuidor individual, de funcionário da unidade antes da promoção, serviu como base para a estruturação da agenda inicial, para compor a lista dos relacionamentos interpessoais, para a interface com a população e para o suporte aos funcionários¹.

A rede de relacionamentos constituiu-se em importante fonte de ensinamentos por meio dos inúmeros contatos e de troca de informações que realizaram. Pessoas que admiravam, que marcaram suas vidas, também serviram de modelo²¹. Eles analisavam seus comportamentos e adquiriam não somente competências, mas também valores, atitudes, e recebiam delas, inclusive, suporte emocional¹.

A bibliografia especializada em aprendizagem gerencial credita aos treinamentos formais e acadêmicos um impacto reduzido no desempenho dos gerentes, em comparação à aprendizagem na prática^{1,23,24}. Os treinamentos foram citados, mas se referiram a um treinamento realizado pela secretaria de saúde abordando aspectos práticos e conceituais relacionados com a gerência de UBS: planejamento, territorialização, avaliação de desempenho, fluxos administrativos, formulários, sistemas informatizados, entre outros.

As avaliações, tanto formais como informais, foram importantes para que os gerentes analisassem seu desempenho e corrigissem as possíveis falhas. Essas avaliações vieram principalmente dos subordinados e dos

mecanismos de *feedback* públicos, como o serviço de ouvidoria. Dos superiores, não recebiam avaliação ou, no máximo, ela foi restrita.

Os gerentes da pesquisa avaliaram a sua experiência como positiva, em função do crescimento profissional percebido. No entanto, fizeram observações sobre as dificuldades encontradas.

A maior queixa foi a impossibilidade de realizar um planejamento da UBS. Consumidos pelas demandas, os que conseguiram planejar alguma coisa fizeram-no por meio da delegação, ou trabalhando fora do horário, mas sempre de forma parcial e insatisfatória:

Eu não consegui fazer, mas que eu gosto demais... planejar. E foi uma coisa que a gente não conseguia fazer. Foi o desafio que me fez pegar a gerência: planejar as ações da unidade em cima dos números que a gente tem. Isso eu não consegui fazer... [...]. (Análise).

O significado de ser gerente da APS foi, na experiência desses gerentes, definido como: ser coordenador, organizador, articulador, mediador, catalisador, negociador, peão, estrategista, negociador e ser líder:

É muito amplo. Coisa de gigante [...]. (Sofia).

É um super-herói, é um polvo cheio de tentáculos. Tem que abraçar tudo. É um polvo cheio de tentáculos, que tem que abraçar tudo e, ao mesmo tempo, trabalhar dentro de si e lançar seus tentáculos. (Sofia).

Pra mim, gerenciar é corresponsabilizar, é tentar botar a unidade toda falando a mesma língua, tendo as mesmas atitudes nas coisas [...]. Permitir que as pessoas tenham tanta voz quanto eu... Sou a porta-voz delas! [...]. (Análise).

Ser gerente de UBS significou, na experiência dos gerentes analisados, ser agente de mudanças em um ambiente de alta pressão e de pouca autonomia, organizando processos de transformação na sua unidade, em função da comunidade onde ela se insere.

Considerações finais

O estudo permitiu conhecer a rotina, os desafios e as estratégias utilizadas pelos gerentes de UBS. Os achados da pesquisa correspondem aos recentes estudos e pesquisas na área de administração.

A rotina de trabalho dos gerentes é intensa, variada e fragmentada, com pouco tempo para o planejamento. Eles sofrem pressões dos usuários, dos colaboradores e dos seus superiores para que realizem as prioridades de suas agendas.

Para sobreviverem e manterem a unidade funcionando, eles reformularam suas agendas iniciais, contemplando os interesses institucionais e de seus colaboradores, e organizaram uma grande rede de relacionamentos. A rede de relacionamentos foi composta por pessoas de dentro e fora da unidade, envolvendo setores estratégicos da secretaria, usuários, pessoas de referência pessoal e até políticos. Por meio dessa rede, os gerentes buscavam informações para avaliar o ambiente e identificar oportunidades para implantar as suas prioridades. Quanto maior e mais diversificada foi a rede de relacionamentos, mais exitosos foram os gerentes e por mais tempo permaneceram no cargo.

Recursos como saber ouvir, ter empatia, conhecer as necessidades e expectativas dos funcionários, ser flexível e saber conviver com soluções imperfeitas foram fundamentais para motivar suas equipes e implantar sua agenda. O estilo gerencial participativo foi uma estratégia eficaz utilizada para motivar e comprometer as equipes com o trabalho da unidade.

Enfrentando desafios e pressões, os gerentes foram submetidos a um processo de reflexão e de revisão geral dos conceitos e valores, que resultou em uma mudança de identidade, de contribuidor individual para gerente. Ser um gerente de UBS significou ser um agente de mudanças num ambiente de alta pressão e de pouca autonomia, liderando processos de transformação na sua unidade, em função da comunidade onde se inseria.

A constatação de que o trabalho gerencial

é complexo e tenso e que o aprendizado se dá principalmente a partir da prática traz novas perspectivas às capacitações e ao desenvolvimento gerencial nos serviços de saúde. Tais perspectivas incluem a mobilização dos sujeitos para reflexão a partir da ação, que estimulem o autoconhecimento, a troca de experiências

e possibilitem diversificar a rede de contatos.

Colaborador

Loch S (0000-0002-9092-4463)* é responsável pela elaboração deste manuscrito. ■

Referências

- Hill L. Novos gerentes. Rio de Janeiro: Makron Books; 1993.
- Barbieri AR, Hortale VA. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1349-56.
- Cubas MR. Planejamento local: a fala do gerente de Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras de Enferm*. 2005; 58(3):278-283.
- Raupp B. Estudo da cultura organizacional como estratégia na sistematização de uma metodologia gerencial com enfoque na aprendizagem em situação de trabalho. Relatório de pesquisa. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2006.
- Mintzberg H. The managers's job: folklore e facto. *Harv. Bus. Rev*. 1990; 53(4):163-78.
- Loch S. Tornar-se gerente: a experiência vivida por médicos de família e comunidade ao assumirem a gerência de Unidades Básicas de Saúde [teste]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 295 p.
- Morgan G. Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory. *Adm. Science Quarterly*. 1980; (5):605-22.
- Manen VM. *Researching lived experience*. New York: State University of New York Press; 1990.
- Seidman I. *Interviewing as qualitative research*. New York: Teachers College Press; 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Diário Oficial da União. 11 Out 1996.
- Kooter JP. What effective general managers really do. *Harv Bus Rev*. 1999; March/April: 145-60.
- Stewart R. A model for understanding managerial jobs and behavior. *Acad. Manag. Rev*. 1982; 7(1):7-13.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Yukl G. Leadership in organizations. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
14. Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira SF. Democracia e Saúde. São Paulo: Cebes; 1998.
15. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciênc. Saúde Colet.* 1999; 4(2):355-365.
16. Cunha CJCA. O processo de criação do conhecimento em Unidades Básicas de Saúde. In: Anais do 16 Simpósio de Engenharia de Produção; 2009 Nov 9-10; Bauru. Bauru: SIMPEP; 2009.
17. Gherardi S, Nicole D, Odella FS, et al. Toward a social understanding of how people learn in organizations. *Manag. Learning.* 1998; 29(3):273-97.
18. Almeida HAC, Bianco MF. A estratégia de saúde da família: uma contribuição da análise ergológica à administração. In: Anais do Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração; 2007; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Enampad; 2007.
19. Meinicke D. O medo na gerência [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 105 p.
20. Mezirow J. Transformative learning as discourse. *J Transfor Educac.* 2003; (1):58.
21. Mezirow J. Contemporary paradigms of learning. *Adult Education Quarterly.* 1996; 46(3):158-73.
22. Mccauley CD. Developmental experiences in managerial work: a literature review. Greensboro: Center for Creative Leadership; 1986.
23. Clarck KE, Clarck MB. Choosing to lead. 2nd. Greensboro: Center for Criative Leadership; 1996.
24. Fox S. From management education and development to the study of management learning. In: Burgoyone J, Reynolds M, editors. *Management learning: Integrating perspectives in theory and practice.* [London]: Sage; 1999.

Recebido em 05/02/2019
Aprovado em 28/10/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Processo Circular: avaliação no cotidiano da gerência de Unidades Básicas de Saúde

Circular Process: daily evaluation of the Basic Health Units management

Mônica Villela Gouvêa¹, Elisete Casotti¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S605

RESUMO O Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado é oferecido no contexto de qualificação da gestão da atenção básica, por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal Fluminense. Seu propósito é apresentar ferramentas com valor de uso para o cotidiano dos gerentes. Nesse contexto, uma das ofertas para trabalhar as relações cotidianas é o Processo Circular. Este artigo teve como objetivo avaliar a aceitação e a aplicação dessa ferramenta por gerentes de Unidades Básicas de Saúde. Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, com análise a partir do banco de dados secundários, que continha 376 formulários preenchidos pelos egressos do curso. Foram objeto de análise as respostas relativas à questão aberta não obrigatória (n=321), que solicitava ao aluno que identificasse um efeito positivo que poderia ser atribuído ao Curso. Foi realizada busca textual das palavras ‘circular’ e/ou ‘conflito’, sendo identificadas 62 respostas contendo pelo menos uma dessas palavras, constituindo-se no *corpus* final de análise. A análise permitiu reconhecer que a ferramenta Processo Circular potencializa a formação de um perfil de gerente mediador e facilita o processo de trabalho, apoiando as ações dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Atenção Primária à Saúde. Conflito.

ABSTRACT *The Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical and Care Management is offered in the context of qualifying primary care management, through partnership between the Ministry of Health and the Fluminense Federal University. Its purpose is to present tools with use value to the daily life of managers. In this context, one of the proposals to work on daily relationships is the Circular Process. This article aimed to evaluate the acceptance and application of this tool by managers of Basic Health Units. It is a qualitative, exploratory, and descriptive research, with analysis of secondary database, which contained 376 forms completed by graduates of the course. The object of analysis was the answers to the non-compulsory open question (n=321), which asked the student to identify a positive effect that could be attributed to the Course. A textual search for the words ‘circular’ and/or ‘conflict’ was carried out, and 62 answers containing at least one of these words were identified, constituting the final corpus of the analysis. The analysis allowed us to recognize that the Circular Process tool enhances the formation of a mediating manager profile and facilitates the work process, supporting the actions of managers of Basic Health Units.*

KEYWORDS *Health management. Primary Health Care. Conflict.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Departamento de Planejamento em Saúde (DPS) - Niterói (RJ), Brasil. monicagouvea@gmail.com



Introdução

O Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, coordenado pela Universidade Federal Fluminense a partir de demanda inicial do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tem apresentado e problematizado ferramentas capazes de viabilizar novos arranjos no enfrentamento dos desafios micropolíticos do cotidiano de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A gestão de serviços de saúde permanece um desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Apesar da ampliação das ações e dos serviços ofertados, persiste a necessidade de construir uma rede contínua de cuidados integrais, de forma a integrar os diferentes pontos de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade com os usuários¹.

Na realidade, diversos são os problemas para o cuidado em saúde, e estes não são exclusivos do sistema de saúde brasileiro. Um desses problemas é a fragmentação dos serviços que dificulta a produção do cuidado integral aos usuários². Muitas iniciativas e modelos de organização da Atenção Primária à Saúde têm sido implantados como resposta ao desafio de organizar os sistemas de saúde para responder ao descompasso entre as condições de saúde das populações e a capacidade de enfrentamento pelos sistemas de saúde³.

Torna-se necessário que a gestão dos serviços de saúde adote políticas ativas e diferenciadas de forma a se ocupar com ações capazes de assegurar uma distribuição equitativa dos recursos e a universalidade do acesso à saúde⁴. As reformas dos sistemas de saúde nos anos 1990 abordaram os problemas de uma perspectiva economicista, reduzindo-os a questões financeiras, de escassez ou má distribuição de recursos⁵. Desse modo, as questões ligadas a usuários e trabalhadores da assistência e da gerência tiveram importância menor do que a busca de soluções vinculadas à eficiência e ao alcance do melhor custo-benefício nas ações e serviços.

Nesse contexto, começaram a ser desenvolvidos estudos e experimentações que pudessem representar possibilidades capazes de melhorar a qualidade dos serviços ofertados. A gestão do cuidado em saúde pode ser definida como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. É importante destacar a porosidade entre a micro e a macropolítica nos processos de produção do cuidado. Para tanto, deve-se traduzir a ‘externalidade’ (gestores, pesquisadores, gerentes) e a ‘internalidade’ (as equipes que fazem o cuidado), possibilitando maior permeabilidade entre essas esferas. No entanto, ressalta-se a riqueza do nível micropolítico para a adoção de práticas diferenciadas de gestão à saúde, uma vez que a gestão do cuidado se realiza em múltiplas dimensões⁶.

Neste texto, pretendemos abordar especialmente uma destas: a dimensão organizacional do cuidado, na esfera da atenção básica à saúde. Cabe destacar que a centralidade da gestão em saúde está na organização do processo de trabalho, na definição de fluxos de atendimento e na adoção de dispositivos compartilhados pelos profissionais, tais como: agendas, protocolos, reuniões de equipe, atividades de planejamento, avaliação, entre outras⁶.

Vários autores, porém, destacam que essa dimensão se apresenta em serviços de saúde marcados pela divisão técnica e social do trabalho, pela dificuldade do trabalho em equipe e pela ausência de atividades de coordenação e comunicação entre pessoas⁶⁻⁹. Nesse sentido, são reconhecidas diferentes concepções e tipologias de conflitos entre trabalhadores e gerentes, estando estas relacionadas com a falta de colaboração no trabalho; com o desrespeito decorrente de relações assimétricas entre trabalhadores; com o comportamento do funcionário-problema; com os problemas pessoais; com a assimetria com outros níveis de gestão e com a infraestrutura deficitária dos serviços¹⁰.

O conflito é sempre consciente, e sua eclosão e desenvolvimento ocorrem tanto por distintas posições que os atores envolvidos ocupam nas estruturas como por intencionalidades opostas desses. São fenômenos, fatos, comportamentos que, na vida organizacional, constituem-se em ‘ruídos’, podendo ser observáveis ou encobertos. São observáveis aqueles conflitos que exigem tomadas de providências do gestor ou encobertos os que circulam nos ‘bastidores’ e que, nos sistemas de gestão mais tradicionais, não conseguem ocupar a agenda da direção¹¹.

O Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado é oferecido no contexto de qualificação da gestão da atenção básica na agenda pública e apresenta ferramentas voltadas para a abordagem de conflitos por meio das chamadas Práticas Restaurativas. Os círculos da paz são reconhecidos como uma prática restaurativa inscrita dentro de estratégias adotadas pela Justiça Restaurativa, com base em saberes de comunidades indígenas, principalmente do Sudeste Asiático e do Canadá¹². São recomendados pela Organização das Nações Unidas e estão ganhando reconhecimento pela capacidade de gerenciamento de conflitos e pela aplicação em diversos campos da vida social.

Práticas restaurativas são aquelas em que uma pessoa assume o papel de facilitador e auxilia as demais (direta e indiretamente envolvidas) a realizarem um processo dialógico visando transformar uma relação de resistência e de oposição em uma relação de cooperação e colaboração. Nesse processo, os envolvidos decidem coletivamente como lidar com circunstâncias decorrentes do ato conflituoso. A ideia é promover reflexão, restauração e responsabilização, permitindo o fortalecimento das relações e dos laços entre as pessoas¹². Já é conhecida a aplicação de práticas restaurativas na justiça e na educação¹³⁻¹⁵. No entanto, são poucas as experiências teoricamente fundamentadas no campo da saúde.

O Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da

Clínica e do Cuidado foi elaborado para dar conta dos problemas do cotidiano de UBS, e a gestão de conflitos constitui uma das questões mais frequentes com que se deparam os gerentes. Por outro lado, com frequência, a abordagem de conflitos é uma das questões em que a gestão na saúde menos se debruça, estuda e incorpora às atividades cotidianas¹¹.

No movimento de prospecção e seleção de ferramentas para a abordagem de conflitos na atenção básica, considerou-se que a incorporação do Processo Circular (PC) seria interessante por sua potência de responder a diversos objetivos, tais como: trabalhar valores humanos essenciais (participação, respeito, responsabilidade, honestidade, interconexão, empoderamento e solidariedade); restaurar relações afetadas pelo conflito; construir relacionamentos e fortalecer a singularidade de cada um.

Destarte, este artigo teve como objetivo avaliar a aceitação e a aplicação da ferramenta PC na gerência de UBS a partir da proposição do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado.

Métodos

Desenvolveu-se pesquisa exploratória e descritiva. O estudo foi exploratório e de natureza qualitativa, no sentido de descobrir ideias e intuições, na tentativa de adquirir maior familiaridade com o fenômeno pesquisado. Nesse sentido, estudos exploratórios possibilitam aumentar o conhecimento dos pesquisadores sobre os fatos, permitindo a formulação mais precisa de problemas; e são úteis para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias^{16,17}. Nesta pesquisa, pretendeu-se investigar a aplicação de uma ferramenta de abordagem de conflitos, na perspectiva de contribuir para a construção do conhecimento na área. Por outro lado, o estudo foi descritivo na medida em que procurou descrever características de uma determinada população ou fenômeno,

sem assumir o compromisso de explicar os fenômenos descritos, embora seus resultados possam ser base para tal explicação^{18,19}.

Utilizou-se o banco de dados secundários pertencentes ao Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, que reuniu as avaliações de alunos concluintes, realizadas no período de 1º a 31 de julho de 2018. O questionário foi elaborado e disponibilizado pela coordenação do curso, via ambiente de aprendizagem, utilizando Google Forms®. Continha questões fechadas voltadas para a avaliação dos conteúdos propostos pelas Unidades de Aprendizagens e uma questão aberta não obrigatória – que solicitava ao aluno que identificasse um efeito positivo que poderia ser atribuído ao Curso.

O link foi direcionado aos 504 egressos do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, todos profissionais com formação de nível superior em saúde e responsáveis pela gerência de UBS em municípios de todos os estados do País. No banco, foram encontrados 376 registros para as questões obrigatórias e 321 para a questão aberta não obrigatória.

Em uma análise preliminar, foi possível identificar que, entre as ferramentas de apoio ao gerente apresentadas pelo curso, o PC foi particularmente bem avaliado. Em uma escala na qual 1 era o valor mínimo e 4 o valor máximo, o escore máximo alcançou 82,4% das respostas. Comparando com a análise das demais ferramentas ofertadas pelo curso (fluxograma decritor, projeto terapêutico singular e Kanban/gestão de materiais), o PC foi a que obteve o maior percentual no escore máximo (4) e no somatório dos escores (4 e 3).

Definiram-se como objeto de análise as 321 respostas à questão aberta, procurando-se explorar a presença de citação sobre a ferramenta ‘processo circular’. Para essa etapa, todas as respostas abertas foram agregadas em um único arquivo, em que cada respondente correspondeu a uma linha e foi realizada a busca textual das palavras ‘circular’ e/ou ‘conflito’. Foram

identificadas 62 (19,3%) respostas contendo pelo menos uma dessas palavras, constituindo-se no *corpus* final de análise.

As respostas à questão aberta dos 62 respondentes foram analisadas segundo os princípios da análise temática de conteúdo que permitem colocar em relevo as informações obtidas, propor inferências e realizar interpretações segundo um quadro teórico. Bardin ressalta que a análise temática consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido²⁰.

Procedeu-se à leitura das respostas de maneira coletiva entre os pesquisadores; e, a partir desse procedimento, foi elaborada uma grade de análise, em que as unidades de análise foram definidas a partir da repetição do conteúdo comum à maioria dos respondentes.

Resultados e discussão

Os aspectos centrais identificados conformaram duas unidades de análise de maior relevância para discussão: Processo Circular como ferramenta formadora de um perfil de gerente; e Processo Circular como ferramenta facilitadora do processo de trabalho.

Processo Circular como ferramenta formadora de um perfil de gerente

Os egressos do curso são profissionais com formação em saúde que exercem função de gerente de unidades básicas ou gestão intermediária na atenção básica, no âmbito exclusivo do SUS. Estes reconhecem a fragilidade de sua formação universitária para lidar com a equipe: *“apesar da faculdade, não estava totalmente preparada [...], havia muita insegurança e pouca didática para lidar com a equipe multiprofissional”* (C16).

A habilidade para a construção de relações interprofissionais saudáveis e colaborativas é pouco trabalhada no âmbito da formação

universitária. Os cursos de graduação brasileiros dedicam pouco tempo para questões fora do modelo tradicional de formação, dito biomédico. Este se baseia em uma visão cartesiana de separação entre corpo e mente, que desqualifica aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo do adoecimento do indivíduo, reduzido a um organismo biológico²¹. Nesse modelo, coexistem o despreparo de trabalhadores para o exercício das suas funções profissionais, o alto custo dos serviços de saúde fundamentados em especializações e a incapacidade de atender às reais necessidades da população.

Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de outras possibilidades, tal como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal, e a adequação da formação à realidade também fica dificultada pelo fato de a academia priorizar o que foi legitimado pela ciência tradicional, e não o conhecimento que se origina nos desafios do trabalho. Há pouco estímulo para pensar criticamente a realidade, visando produzir respostas para questões cotidianas, e desconsidera-se frequentemente o aprendizado advindo das situações vividas nos serviços²².

As críticas ao modelo hegemônico de formação das profissões de saúde geraram movimentos que culminaram na publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), direcionadas para os cursos de graduação da área da saúde. As DCN representam uma tentativa de romper com esse modelo reducionista tradicional de formação biologicista e têm influenciado currículos na formação em saúde²³.

Uma proposta de formação precisa considerar o encontro com o outro. Assim, criam-se possibilidades para novos arranjos de si, para a construção de novos olhares e para o questionamento sobre certezas. Porém, nesse encontro, também se revelam tensionamentos e conflitos^{24,25}. Atuar como gerente de UBS

significa estar, ao mesmo tempo, em diálogo tanto com a equipe de profissionais da assistência e da gestão quanto com o conjunto de usuários que demandam e têm necessidades múltiplas e singulares de cuidado, em que cada um é uma multidão. Todos têm opiniões e participam das construções e críticas relacionadas com a saúde, com a organização do serviço e com o modo como se sentem na vida^{26,27}. Portanto, estar gerente não é uma tarefa trivial, é importante ter conhecimentos e habilidades que permitam exercer esse papel a partir de um referencial acolhedor e mediador de conflitos cotidianos.

A partir da revisão das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, observamos modificações acerca da organização e funcionamento de UBS, além da inclusão da figura do gerente de atenção básica com o objetivo de

contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita^{28 (22)}.

Cabe ao profissional nessa função, portanto, garantir o planejamento de acordo com as necessidades locais, além de gerir e organizar o processo de trabalho, integrando as ações da UBS com outros serviços.

Nesse sentido, o trabalho dos gerentes guarda potencial para operar mudanças positivas na organização dos serviços de saúde, e cabe aqui destacar a importância de tal movimento estar inscrito na concepção da Educação Permanente em Saúde (EPS). Esta pressupõe revelar, nos processos de trabalho, a complexidade e a articulação dos diferentes problemas e torna evidente a necessidade de estratégias múltiplas, que para serem propostas e implementadas necessitam de articulação com a gestão do sistema de saúde de forma intersetorial, interdisciplinar, multidisciplinar e interprofissional. Nesse sentido, apresenta-se também como uma estratégia de gestão, para que os recursos necessários para

organização dos processos de trabalho possam ser mobilizados para enfrentar os desafios da saúde na perspectiva da rede integrada^{29,30}.

Para ampliar a escuta, favorecer a responsabilização e as relações cooperativas dentro das unidades de saúde, é necessário mobilizar dispositivos para a análise do trabalho³¹. A gestão da educação permanente possibilita a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. O foco são os processos de trabalho, envolvendo a gestão, a formação, a atenção e o controle social, seu alvo são as equipes, seu local de intervenção são os coletivos, favorecendo inovações e mudanças das concepções e práticas de saúde, como estratégia indispensável para a consolidação do SUS.

Os trabalhadores precisam aprender a representar mentalmente o seu processo de trabalho, a organizar a informação e a planejar sua execução. Em especial, o trabalhador em posição de gestão deve desenvolver competências-chave, como motivação, trabalho em equipe, boa comunicação, relacionamento interpessoal, equilíbrio emocional, visão sistêmica, capacidade de gerenciar conflitos, saber trabalhar sob pressão, prever e prover recursos, ser criativo e flexível e saber ouvir. Por sua vez, essas competências passam a ser essenciais para uma possível transformação nos processos de trabalho³².

Nesse contexto, a boa avaliação e a adesão à ferramenta, identificadas tanto na questão que dimensiona o valor atribuído as ferramentas ofertadas pelo curso quanto nos relatos contidos nas respostas à questão aberta, mostram o quanto a comunicação e a mediação de conflitos estão no centro do exercício da gerência de equipes de saúde.

O PC ou círculos de construção de paz estão fundamentados no campo da Justiça Restaurativa³³⁻³⁵ e têm sido aplicados em diferentes países. Cabe ressaltar que o Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado fez uma proposição adaptada ao contexto da atenção básica no Brasil uma vez que os círculos têm regras básicas claras, mas que

permitem alguma flexibilidade. Há vários tipos de círculos, e estes podem ser adotados como práticas restaurativas diversas, tais como reintegração, perdas, curas, conflitos em equipes, conflitos escolares e outros^{12,33}.

A referencia à construção da ‘paz’ guarda questões importantes como definido por C8: “*Processos Circulares! A ferramenta nos ensinou a fazer uma conversa respeitando a ideia do outro*”. Nesse caso, a palavra paz é compreendida como a capacidade de lidar bem com a alteridade e com os conflitos na interação social cotidiana, e, portanto, com a qualidade de suas relações e (des)encontros consigo, com os outros e com o ambiente^{12,33}.

Nesse contexto, é fundamental compreender que, em geral, as pessoas têm dificuldades de abertura ao novo. No momento em que algo diferente está se instaurando, a tendência é moldá-lo com base no que já é conhecido e familiar. Assim, cabe destacar que o PC, ou os círculos de construção de paz, não se propõem a (re)inventar os encontros em roda já adotados no campo da saúde, mas procuram fazer tais rodas girarem com maior potência. Dessa forma, no Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, optamos por apresentar o PC como uma ferramenta gerencial, e não como um método na área social³⁶. Na realidade, como uma ferramenta para a atuação desse gerente, trata-se de abrir o leque de possibilidades, mudando o foco com o qual se percebemos conflitos, em uma perspectiva de recuperação do sentido da restauração dos relacionamentos humanos.

Assim, o curso apresenta o PC como ferramenta de abordagem de conflitos, e defende que não se pode compreender a potência das práticas circulares sem a vivência destas. Dessa forma, os alunos a experimentam com seu tutor e turma durante um dos encontros presenciais do curso e posteriormente propõem sua aplicação em sua UBS em uma perspectiva de EPS. Assim, tendo sentido o tipo de força/energia e restauração que circula, na forma de sentimentos e motivações diversas, reconexões de sociabilidade, encontro reequilibrante

entre desconforto e afeto, potencial de cura de relações, suporte humano e elementos afins, prepara-se para o enfrentamento de questões próprias ao seu coletivo³⁶.

Usei o bastão da fala com muito sucesso no meu processo de trabalho na unidade. Estava com um nível de desgaste altíssimo, pela própria fase de transição que passamos, houve muita pressão pelos indicadores e a forma de se rebelar é exatamente tumultuar o trabalho, não escutar as mensagens transmitidas. O bastão possibilitou organizar as reuniões com os agentes e com os outros profissionais. Foi realmente um sucesso, muito além do esperado. Começamos uma nova fase à partir do uso deste instrumento nas reuniões de equipe. C45.

Para os gerentes, a ferramenta PC contribuiu para melhoria das relações interpessoais e os ajudou a lidar melhor com as equipes, em especial no gerenciamento de conflitos. Nesse sentido, um dos núcleos de sentido produzidos pelo aprendizado a partir do conhecimento da ferramenta PC foi o do deslocamento do perfil gerencial clássico para o exercício de uma gerência mais sensível e comunicativa.

[...] mudou minha forma de comunicar e ouvir, de ouvir e falar. Melhorou minha visão e forma de avaliar as situações de conflito entre a equipe. Me qualificou como gerente pois aumentou a disponibilidade para ouvir o outro. C28.

Contribuiu para eu entender minha equipe e principalmente [...] trocar a lente para avaliarmos os problemas de várias vertentes diferentes. Isso contribuiu muito para que minha gestão passasse a ser uma gestão compartilhada. C44.

Processo Circular como ferramenta facilitadora do processo de trabalho

No desempenho de processos de gerência e gestão em saúde, “as habilidades sociais são hoje mais valorizadas que as técnicas”³⁷⁽¹³⁾,

pois são elas que vão sustentar as atividades gerenciais relacionadas com a equipe e com os usuários. Uma dimensão do trabalho gerencial é a ‘relacional’, mas “os resultados apontam fragilidade da gerência para lidar com questões cotidianas do trabalho gerencial, especialmente com relações conflituosas”²⁶⁽⁵⁷⁹⁾.

Nesse sentido, outro núcleo de sentido indica que um dos principais efeitos da aplicação da ferramenta PC está relacionado diretamente com a perspectiva de mudanças no processo de trabalho.

Artigos sobre gerência em UBS publicados no período de 2011 a 2016 apontam a assunção majoritária das funções gerenciais de maneira informal por profissionais com formação superior em enfermagem. Nessas publicações, o trabalho gerencial se configura como uma atividade burocrática, pouco reconhecida, realizada por pessoas com pouca experiência, com baixa remuneração, apesar do reconhecimento de sua importância para a organização do trabalho. As principais dificuldades referidas são: falta de autonomia, influência político-partidária no processo de tomada de decisão, falta de recursos materiais, pouco uso dos instrumentos gerenciais, presença de conflitos e disputas entre os envolvidos assim como desarticulação entre as práticas de cuidados e de gerência. Os estudos indicam como possíveis soluções a profissionalização e a oficialização da gerência, assim como a elaboração de políticas destinadas ao trabalho, o compartilhamento de decisões e responsabilidade entre os envolvidos, o desenvolvimento de atividades de educação permanente e a articulação entre universidades e gestores para repensar a formação da gerência³⁸.

Essas indicações sugerem a falta de instrumentos que ajudem no processo da micro-política do trabalho, desvelando, em alguma medida, a fragilidade técnica dos gerentes e a falta de redes de apoio e trocas no processo de gestão³⁹. Os alunos escreveram que o PC contribuiu para a melhoria desses processos:

[...] com o processo circular temos conseguido aperfeiçoar o trabalho cotidiano [...] tem sido o principal recurso para lidar com as situações desafiadoras no processo de trabalho. C33.

a ferramenta foi uma das que me mais me motivou. Ela facilitou o trabalho da equipe e o meu trabalho. Teve melhoria na resolutividade dos problemas interpessoais e no processo de trabalho. C5.

melhorou a abordagem para gerir conflitos nos serviços. Conflitos rotineiros encontrados na equipe entre alguns integrantes foram amenizados com uso da ferramenta processo circular. C56.

a ferramenta ajudou na mudança de práticas, reuniões mais efetivas, produtivas, organizadas, planejamentos em equipe. Reorganizei a forma de realizar os fóruns colegiados na UBS. C46.

Observa-se que o trabalho de gerentes de unidades de saúde, além do contexto relacional que inclui a subjetividade dos sujeitos, sofre influência do contexto político e pressupõe articulações com diferentes instâncias de poder. Nesse sentido, o comprometimento em construir relacionamentos antes mesmo da abordagem de assuntos centrais é uma estratégia importante e extremamente intencional do processo. Os participantes descobrem como suas jornadas humanas, por mais diferentes que possam ser, incluem experiências, medos, expectativas, sonhos e esperanças que são similares.

As etapas de construção do círculo geram uma maior conscientização entre os participantes. Os movimentos de abertura do círculo apresentam os participantes um ao outro de maneiras inesperadas, desafiando as suposições que possam ter feito um sobre o outro. A criação das diretrizes de forma conjunta dá oportunidade ao grupo de experimentar afinidades apesar das diferenças.

De maneira intencional, muitas vezes, um círculo não busca objetividade e toma tempo para criar experiências compartilhadas, de forma que a conexão no grupo aumenta o

nível de segurança emocional. Esse processo permite que se verbalizem verdades mais profundas, estimula a autoanálise e oferece a oportunidade para o aprendizado coletivo.

Considerações finais

Apesar de sua origem ancestral, os PC ou Círculos de Construção de Paz são uma inovação no campo da saúde bastante interessante, em especial por serem de fácil apropriação e pela capacidade de produção de resultados concretos imediatos. Os círculos possuem características únicas que os distinguem de outros processos de resolução de conflitos, porém podem ser associados a diferentes dinâmicas e possuem aplicação abrangente. Tendo vivenciado uma oficina inicial, os participantes vencem barreiras entre teoria e prática e anunciam a realização dos seus primeiros círculos.

No entanto, como poderosas ferramentas na abordagem de conflitos no cotidiano de unidades de saúde, os círculos podem não apenas restaurar relações interpessoais, mas, principalmente, promover experiências dialógicas bem como a conscientização da humanidade dos participantes, seja em instituições, seja em comunidades.

Por fim, a experiência dos gerentes egressos do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado mostrou que o PC foi uma ferramenta que teve grande adesão, sendo muito utilizada e bem avaliada. Todavia, a despeito da facilidade do seu manejo e dos resultados alcançados no processo de trabalho dos gerentes, cabe considerar que ela não responde a todas as dimensões do trabalho gerencial.

Colaboradores

Gouvêa MV (0000-0002-6552-8004)* e Casotti E (0000-0003-3015-6842)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011. [acesso em 2019 out 6]; 27(2):295-304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>.
2. Giovanella L, Almeida PF, Vega RR, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate* [internet]. 2015 [acesso em 2019 out 6]; 39(105):300-322. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>.
3. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2019 out 6]; 22(5):951-963. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>.
4. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, et al. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004; 13(4):299-305.
5. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. La atención gerenciada en América Latina. *Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma*. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2000 [acesso em 2017 maio 15]; 16(1):95-105. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100010>.
6. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 15]; 15(37):589-599. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
7. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2001 [acesso em 2019 jun 12]; 35(1):103-109. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
8. Leite RFBV, Grisi TM. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psic Ciênc Profissão* [internet]. 2008 [acesso em 2019 jul 5]; 28(2):374-389. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200012>.
9. Brown J, Lewis L, Ellis K, et al. Confliction interprofissional primary health care teams - can it be resolved? *J Interprof Care* [internet]. 2011 [acesso em 2017 maio 15]; 25(1):4-10. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.497750>.
10. Carvalho BG, Peduzzi MA, Ayres JRCM. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 [acesso em 2019 out 6]; 30(7):1453-1462. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134613>.
11. Oliveira CLC. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso em 2019 out 6]; 21(2):508-516. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200017>.
12. Pranis K. *Processos Circulares*. São Paulo: Palas Athena; 2010.
13. Balaguer G. As práticas restaurativas e suas possibilidades na escola: primeiras aproximações. *Subjetividades*. 2014; 14(2):266-275.
14. Patino DMM, Gutierrez AMR. A justiça restaurativa: Um modelo comunitarista de resolução de conflitos. *Rev Fac Derecho Cienc Polit - Univ Pontif Bolivar* [online]. 2015 [acesso em 2019 jun 2]; 45(122):213-255. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfdcp/v45n122/v45n122a10.pdf>.
15. Secco ML, Elivânia P. Justiça restaurativa - problemas e perspectivas. *Direito Práxis* [internet]. 2018 [acesso em 2017 maio 15]; 19(1):443-460. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2179-8966/2018/32715>.
16. Zikmund W. *Business research methods*. 5. ed. Dryden: Fort Worth, TX; 2000.

17. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
18. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 1999.
19. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2000.
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016
21. Perez EP. A propósito da educação médica. Rev Bras Saúde Mater Infantil [internet]. 2004 [acesso em 2019 out 6]; 4(1):9-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100001>.
22. Saippa-Oliveira G, Koifman L, Pinheiro R. Seleção de conteúdo, ensino aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; Cepesc; Abrasco; 2006. p. 205-27.
23. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é o tempo de ação! Rev bras enferm [internet]. 2003 [acesso em 2019 out 6]; 56(4):351-352. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000400006>.
24. Chagas MS. Chamei a morte para roda ela quis dançar ciranda, mudança: estudo descritivo sobre o processo de cuidar diante da finitude. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina; 2016. 287 p.
25. Chagas MS, Abrahão AL. Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):857-67.
26. Nunes EFPA, Carvalho BG, Nicoletto SCS, et al. Trabalho gerencial em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno porte no Paraná, Brasil. Interface (Botucatu) [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 06]; 20(58):573-584. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0065>.
27. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
28. 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 22 Set. 2017.
29. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2005 [acesso em 2019 out 6]; 10(4):975-986. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.
30. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. Saude Soc [internet]. 2011 [acesso em 2019 out 6]; 20(4):1018-1032. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400018>.
31. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.
32. Antunes R. Os Sentidos do Trabalho. 6. ed. São Paulo: Boitempo Editorial; 2002. Coleção Mundo do Trabalho.
33. Boyes-Watson C, Pranis K. Círculos de justiça restaurativa e de construção de paz: guia do facilitador. Porto Alegre: Escola Superior da Magistratura da Ajuris; 2011.
34. Zehr H. Justiça restaurativa. São Paulo: Palas Athena; 2010.
35. Zehr H. Justiça restaurativa. São Paulo: Palas Athena; 2012.
36. Pelizzoli ML. Círculos de Diálogo: Base Restaurativa para a Justiça e os Direitos Humanos. In: Silva EF, Gediel JAP. Direitos humanos e políticas públi-

- cas. Curitiba: Universidade Positivo; 2014. p. 131-151.
37. Fernandes MC, Barros AS, Sales SLM, et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. *Rev Bras. Enfer.* 2010; 63(1):11-15.
38. Jesus MA. Processo de trabalho de gerentes de unidades de saúde da atenção primária de um município do estado da Bahia [dissertação]. Universidade Estadual de Feira de Santana: 2018. 182 p.
39. Oliveira N. Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados? *Rev bras med fam comunidade.* 2011; 6(21):239-48.

Recebido em 07/10/2019

Aprovado em 16/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde

Basic Healthcare Network, field of forces and micropolitics: implications for health management and care

Emerson Elias Merhy¹, Laura Camargo Macruz Feuerwerker², Mara Lisiane de Moraes Santos³, Debora Cristina Bertussi⁴, Rossana Staeve Baduy⁵

DOI: 10.1590/0103-11042019S606

RESUMO A proposta deste ensaio é discutir a micropolítica da gestão e do cuidado em saúde na Rede Básica (RB). Inicia-se pelo que se entende por RB e depois por micropolítica – da gestão e do cuidado. Analisam-se as forças que estão operando no cotidiano da RB que se instauram nos atos relacionais, nos encontros, entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores, entre todos esses e os usuários, constituindo campos de força, que conformam modos de estar no encontro, agenciando processos de subjetivação. Destacam-se cinco forças-valores centrais para que sejam pensados o dentro e o fora do comum dos acontecimentos que ocorrem no dia a dia das práticas de cuidado em saúde: a força-valor trabalho, a força-valor território, a força-valor governo de si e do outro, força-valor clínica-cuidado e a força-valor trabalho em equipe. A aposta em um modo de cuidar na RB centrado na produção de potências para o enfrentamento dos desafios do viver com sofrimento, com o adoecimento e seus desdobramentos em situações diversas e adversas deve contribuir para produção de existências possíveis e favoráveis aos melhores modos de andar a vida, com todos os seus desafios.

PALAVRAS-CHAVE Assistência integral à saúde. Atenção Primária à Saúde. Políticas públicas de saúde. Relações interpessoais. Prática profissional.

ABSTRACT *The purpose of this paper is to discuss the micropolitics of health management and care in the Basic Healthcare Network (RB). It starts by what is understood by RB and then by micropolitics – of management and of care. We analyze the forces that are operating in the daily routine of the RB that are established in the relational acts, in the meetings, between managers and workers, among workers, among all these and the users, constituting fields of force, which shape ways of being in the meeting, managing processes of subjectivation. Five central value forces stand out so that the inside and the outside of everyday events of health care practices can be thought of: labor force-value, territory force-value, government of self and government of the other force-value, clinical-care force-value and teamwork force-value. The bet on a way of caring in RB, centered on the production of potencies to face the challenges of living with suffering, with illness and its unfoldings in diverse and adverse situations should contribute to the production of possible and favorable existences to the best ways of walking life with all its challenges.*

KEYWORDS *Comprehensive health care. Primary Health Care. Public Health Policy. Interpersonal Relations. Professional Practice.*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. emerhy@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

³Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.

⁴Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS) – São Caetano do Sul (SP), Brasil.

⁵Universidade Federal de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.



Introdução

Este ensaio discute a micropolítica da gestão e do cuidado em saúde na Rede Básica (RB). Iniciamos apresentando o que entendemos por RB e depois por micropolítica – da gestão e do cuidado – na atenção à saúde.

A RB é uma aposta de fazer chegar o cuidado em saúde aos diferentes territórios em que a vida é produzida. Cuidado contextualizado, que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas. Ou seja, a RB é uma aposta de organizar o cuidado singular, articulando o individual e o coletivo, sendo saúde entendida de modo ampliado, não somente referida ao corpo biológico e seus adocimentos.

Uma aposta que pede a combinação de múltiplos saberes em saúde, tanto os técnicos, das diferentes profissões, como os produzidos a partir da experimentação da vida em diferentes tempos e territórios. Essa é uma RB que pede interprofissionalidade e compartilhamento com os usuários, seus saberes e viveres, para poder produzir cuidado capaz de ampliar as potências de vida, de favorecer a produção de melhores modos de conviver com problemas que não podem ser resolvidos, de dialogar com a diversidade de modos e sentidos que a vida tem para os diferentes viventes a cada momento.

Essa aposta de organizar a RB como um cuidado territorializado, articulando atenção individual e ações coletivas, começou a ser discutida no Brasil no início dos anos 1960¹, esteve expressa nos debates da III Conferência Nacional de Saúde e teve o sanitarista Mário Magalhães da Silveira como seu principal formulador.

Movimento interrompido pelo golpe militar, a construção da RB vem sendo experimentada, com diferentes arranjos, desde meados dos anos 1970, em diferentes lugares do Brasil, ganhando capilaridade a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa ideia de RB, assim como a de saúde coletiva, é uma formulação que expressa

especificidades da luta brasileira pela saúde como direito de todos e dever do Estado. RB que não se limita a ser o ‘primeiro nível de atenção’, pois traz como constitutiva a garantia de cuidado contínuo, produzido em rede por diferentes tipos de serviços, de saúde ou não. RB que não é simplesmente ‘a porta de entrada’ do sistema de saúde, pois existem várias outras entradas, dependendo dos problemas que levam os usuários a procurar os serviços.

RB que vai muito além da atenção primária em saúde, que se consolidou como uma proposta de organizar a assistência médica² capilarizada, produzida por um generalista – e que, por isso mesmo, sempre precisa estar acompanhada da oferta das chamadas ações de saúde pública – vacinação, vigilância epidemiológica etc., ofertadas por outras equipes ou serviços³. Nessa RB, tudo isso está articulado nas ações e no cuidado produzidos por equipes de saúde. É da produção dessa RB que vamos falar.

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é definida pelas políticas de saúde em um plano formal, que estabelece sua finalidade, seu desenho básico, os papéis de gestores, trabalhadores e usuários. Entretanto, não é só esse plano formal da política que define o que se passa em uma UBS, pois no processo de produção da política, em diferentes momentos, prosseguem os enfrentamentos entre forças, que marcam mais ou menos definições e práticas.

Ressaltamos que, derrotadas ou vitoriosas na formulação da política, essas forças continuam atuantes na construção concreta das práticas, atuando como molaridades⁴. Por exemplo, a força médico-hegemônica, a biopolítica, as do mercado continuam operando e incidindo nos processos de subjetivação, mesmo que as políticas de saúde e seus dispositivos tensionem no sentido da ampliação do conceito de saúde, do reconhecimento da singularidade na produção das existências, da construção compartilhada dos projetos terapêuticos⁴.

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.

Processos de subjetivação são processos contínuos de tensionamento (produzidos pelas forças em disputa) que conformam os sujeitos no cotidiano da vida; aqui, neste debate, no cotidiano do trabalho e do cuidado em saúde na RB. Eles são marcados pelas molaridades, pelas histórias de vida, pelos efeitos da composição das equipes de trabalho ou de distintos coletivos, pelos encontros com a população de um território e sua história, pelas convicções político-religiosas de cada um e pelo encontro, a cada dia, com os usuários e seus contextos, entre outros⁴.

Os processos de subjetivação são marcados pela imprevisibilidade dos agenciamentos, quer dizer, dos efeitos mútuos que gestores, trabalhadores e usuários produzem uns nos outros em seus encontros. Por isso, preferimos falar dos processos de subjetivação, e não dos sujeitos. Os processos de subjetivação, enquanto processos, estão em contínuo movimento, são transitórios, passíveis de mudança. Em contrapartida, sujeito pode dar ideia de algo dado, fixo, estabelecido, determinado estruturalmente.

Como dissemos, essas forças – estruturais ou molares – estão atuando, compondo o campo de forças, sempre em disputa com outras forças que tensionam o instituído nas sociedades capitalistas. Ou seja, uma força só existe por existir outra força, intensivamente diferente, atuando no mesmo campo. Onde há uma força atuando em um sentido, sempre há outra operando resistência; e, em geral, nos campos de força, há várias forças em tensão, não somente pares contraditórios.

Assim, as resultantes em cada momento são analisadoras da potência de agenciamento das diferentes forças, pois os processos de subjetivação, apesar das molaridades, são provisórios, em permanente movimento e se

expressam por meio de valores, mobilizados pelas forças em tensão.

Desse modo, uma análise micropolítica se propõe a pensar os vários acontecimentos no cotidiano do mundo do cuidado. Por essa dinâmica mutante, de constante disputa e produção, não seria possível mapear e apontar todas as intensidades operando em uma dada situação. Isso porque o acontecimento não é um dado, mas um acontecendo, singular a cada encontro e situação.

No entanto, isso não nos impede de apontarmos para algumas intensidades, emblemáticas, que ganharam visibilidade nas nossas experiências no mundo da RB – por meio dos estudos, pesquisas e de nossas experimentações no campo do trabalho, da gestão e da educação permanente em saúde em vários municípios brasileiros⁵⁻⁸.

Nesse âmbito micropolítico, o objetivo deste ensaio é destacar cinco forças-valores centrais para pensarmos o dentro e o fora do comum dos acontecimentos cotidianos das práticas de cuidado em saúde na RB: as forças-valores trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe.

Força-valor trabalho

As forças-valores que interferem na configuração do trabalho em saúde são decisivas no desenho e nas apostas da gestão (formal e informal) e dos arranjos propostos para a atenção à saúde. Sem a pretensão de esgotar as possibilidades, vamos destacar aqui alguns elementos desse campo de forças.

As práticas de saúde configuram atos produtivos, buscam modificar alguma coisa e produzir algo novo. São trabalho, pois buscam alterar um estado de coisas identificado como problema ou como potencial problema de saúde⁹. Claro que a definição do que é problema já é, em si, produto das disputas em um campo de forças constituído pela ciência, pelos modos de produção econômica e de produção da vida, pelos sentidos da vida, que variam historicamente.

Logo, o trabalho em saúde está tensionado pelas ‘necessidades sociais’, interferidas pela estrutura produtiva da sociedade e pelos desejos e demandas de seus usuários diretos. Além disso, nos serviços de saúde, os atos de produção e consumo da saúde ocorrem ao mesmo tempo, com a singularidade de que o produto oferecido varia com a relação trabalhadores-usuários, pois as duas partes se afetam e se modificam, configurando uma relação de interseção.

Essa interseção, esse mútuo afetamento, acontece em ato, nos encontros; portanto, o trabalho em saúde se dá em ato. Quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho. Quanto menos afetados pela singularidade, quanto mais orientados por definições *a priori* (sobre qual o saber válido, quem é o usuário, quais são seus problemas e como devem ser entendidos e enfrentados), maior o predomínio do trabalho morto.

O trabalho em saúde é tecnológico – construído com o uso de tecnologias materiais e imateriais¹⁰. Entre as tecnologias materiais, estão todas as ferramentas e instrumentos produzidos para serem usados de modo determinado em dadas situações (equipamentos, instrumentos). Essas, segundo Merhy¹¹, são as tecnologias duras. Há dois tipos de tecnologias imateriais envolvidas no trabalho em saúde¹¹: as tecnologias leve-duras, que correspondem aos saberes estruturados das profissões da saúde – que, em parte, são duras, porque são produzidas e disponibilizadas *a priori*, mas, em parte, são leves porque podem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro; e há as tecnologias leves que correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro – escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros.

Tais tecnologias são indispensáveis ao trabalho em saúde, mas dependendo do tipo de

tecnologia que preside o encontro, maior ou menor será seu potencial cuidador, maior ou menor a porosidade para o encontro, maior ou menor a troca e a construção de sentidos comuns. Ademais, os arranjos do trabalho favorecem a presidência de um ou outro tipo de tecnologia, como veremos adiante na discussão das outras forças-valores.

Outro elemento fundamental a ser considerado em relação à força-valor trabalho: ao admitir que o trabalho em saúde acontece em um tipo de encontro em que as partes se influenciam mutuamente, é fundamental o reconhecimento da legitimidade dos saberes, valores, desejos que movimentam os diferentes tipos de trabalhadores de saúde e os usuários. Caso contrário, uns terão voz e outros não. Por isso, é fundamental compreender o próprio trabalho como uma micropolítica, como um campo relacional.

Todas as partes chegam informadas e com uma ideia a respeito do que deve ocorrer naquele encontro – 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 – sobre como a produção deve ocorrer e qual o papel de cada um. O encontro é carregado de expectativas, *a priori*, e de interferências mútuas, que dão um caráter de imprevisibilidade ao produto do trabalho em saúde; e como o encontro acontece em ato, ele é parcialmente incontrolável.

Existe uma força-valor trabalho que aposta no controle do trabalho vivo, que desenvolve dispositivos para controlar e padronizar o trabalho segundo critérios *a priori*, que valoriza determinados saberes, e não outros, que define e fixa lugares e papéis, que considera as normas e as prescrições suficientes para a produção das respostas e condutas. O gerencialismo, que tem imperado nas apostas da gestão em saúde, é tributário dessa força-valor trabalho, produzindo trabalhadores e usuários tensos e insatisfeitos, esmagados e desobedientes, aprisionados e ameaçados.

Existe outra força-valor trabalho que

reconhece que, apesar das relações de poder, todos governam o trabalho em saúde em alguma medida, pois todos interferem, todos entram no encontro com suas apostas, criando e disputando determinados valores e produções.

Segundo essa força, para governar o trabalho em saúde, reconhecendo que todos governam e todos disputam projeto, é preciso criar espaços de conversa e escuta, colocar o trabalho em análise para recolher os efeitos produzidos sobre os envolvidos; é preciso tensionar os *a priori* e criar situações que favoreçam a abertura para os desafios que as singularidades nos impõem. Segundo essa força, o trabalho em saúde, para favorecer a produção do cuidado, precisa ser construído de modo coletivo e compartilhado, e estar sempre em questão. A gestão micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde é constitutiva dessa segunda força-valor trabalho.

Força-valor território

O conceito de território tem sido utilizado e desenvolvido em diversos campos de saberes e práticas, inclusive na saúde coletiva brasileira, com múltiplas dimensões e sentidos. Essa polissemia pode ser observada nas diferentes experimentações no campo da RB. Isso adquire muita visibilidade na disputa entre a tentativa de impor uma ideia de território como mapas dos lugares – que definem como distintos coletivos devem ser tratados – e o modo como os usuários e movimentos se posicionam – considerando que território corresponde aos seus processos singulares de construir e de viver suas vidas como Redes Vivas Existenciais¹².

O território não se reduz à sua dimensão material; ele é um campo de forças, uma teia ou rede de relações. É construído historicamente, remetendo a diferentes contextos, intensidades e escalas: o si mesmo – como produção de si (territórios existenciais)⁷ e os lugares de produção da vida (a casa, a rua, o trabalho, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta).

Território é um conceito polissêmico porque

diferentes forças, em distintos momentos, no interior de determinados campos discursivos, apropriam-se da questão e produzem valores diferentes. Não somente campos de saberes e práticas disciplinares, pois, para os povos originários, por exemplo, território se define pela inseparabilidade da constitutividade dos viventes e da Terra-Mãe.

Interessa-nos aqui explorar a força-valor território como campo de tensões que atravessa as práticas de saúde na RB – fundamental, pois a RB foi pensada como possibilidade de cuidado territorializado.

A saúde coletiva e as políticas de atenção básica evocam a formulação de Milton Santos¹³, que indica o espaço geográfico como uma mediação entre o mundo e a sociedade, um conceito indispensável para a compreensão do funcionamento do mundo. Entretanto, há uma força-valor território operando na RB que levou a que o conceito de território no cotidiano ficasse reduzido a território adscrito, desde as primeiras experiências municipais. Território entendido como delimitação espacial, conhecido a partir de dados demográficos, geográficos, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos.

Há uma força-valor território que mobiliza as equipes a mapear o território geográfico e social dos grupos que serão objeto de cuidado como se esses fossem lugares ‘físicos’. Lugares estes que podem ser plenamente conhecidos *a priori*, sem a participação efetiva do outro, mediante o uso de certas ferramentas que supostamente permitem conhecer sobre onde e como vivem. Esse conhecimento unilateral frequentemente usado como base para o planejamento de ações de saúde programáticas é limitado para a produção do cuidado em saúde.

Tal força agencia subjetivações que autorizam o agir programático sobre a população adscrita, já que os territórios cobertos pela RB, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), são marcados pela vulnerabilidade social, como pobreza, infraestrutura precária, acesso muito limitado a bens e serviços de todas as ordens. Vulnerabilidade esta que

fabrica os que ali vivem como ‘carentes’, ‘portadores de necessidades’, desprovidos de potência. Ainda, essa força-valor agencia o medo e o preconceito, porque a cidade, inclusive trabalhadores da saúde, fecham as janelas dos carros, gradeiam ruas, militarizam-se, enquanto os jornais falam de guerra nos morros, nas periferias, nas favelas. Pouco as conhecem, mas temem seus moradores e os responsabilizam pela violência urbana.

Há outra força-valor território que agencia no mesmo sentido, que mobiliza o ‘conhecer sobre’ para disciplinarizar e controlar comportamentos, modos de viver¹⁴. Essa direção está presente quando, por exemplo, utiliza-se inadequadamente os mapas de risco ambiental, tais como aterro sanitário, depósito de lixo, áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação, fonte de poluentes, barreiras geográficas, entre outros. Essa força-valor, mesmo sem desejar, acaba por constranger, culpabilizar e produzir preconceitos em relação à população moradora dessas áreas, que, muitas vezes, vivem nesses espaços por não terem outras opções.

Essa é uma marca da ESF, construída prioritariamente a partir do campo da vigilância à saúde, segundo a qual, além da vigilância direta sobre as casas, a ação no território ficou muito voltada ao ambiente¹⁵, sem reconhecer que, sim, os modos de viver nesses territórios são produtores de sofrimentos, mas também de potências e modos próprios de relações que precisam ser reconhecidos e trabalhados em sua singularidade. Singularidade que ‘as ações coletivas’, majoritariamente de educação e orientação, não conseguem contemplar. Esse agenciamento, mais tarde, foi ainda agravado a partir das metas gerencialistas de intervenção sobre a população adscrita.

Essas forças-valores território têm sido amplamente vencedoras no tensionamento com outra força-valor território que reconhece os modos de viver da multiplicidade de coletivos que habitam esses espaços. Coletivos que se constituem singularmente em territórios existenciais, portadores de saberes, desejos e

de estratégias para viver (não somente sobreviver), apesar das dificuldades e restrições a que são submetidos.

Pensadores como Milton Santos¹³, Suely Rolnik e Felix Guattari¹⁶ discutem os processos de territorialização e desterritorialização que se inscrevem na produção dos territórios do viver. Foucault¹⁴ marca esse campo como política das existências. Campo em que se disputa o viver como obra de arte, como criação e invenção de si e dos outros para si, sempre no campo das relações micropolíticas. Lugares de enfrentamentos de uma multiplicidade de forças saberes-poderes-devires. Lugares de invenção de modos de viver que potencializam mais viveres. Lugares de uma guerra por territórios enquanto devires-vidas.

Força-valor governo de si e do outro

A saúde é um campo de práticas e saberes constituído em cada país de modos e em tempos distintos, como parte dos dispositivos de disciplinarização dos corpos e depois de regulamentação da vida¹⁴. Saúde passa a ser um assunto de política pela necessidade de disciplinarizar corpos e pela ocupação das cidades, além de produzir novos valores, como higiene, trabalho, família. Nessa perspectiva, o Estado ‘cuida’ da saúde segundo certos interesses, e a população e os trabalhadores passam a tensionar os limites e sentidos desse cuidado. Sempre que estamos falando de saúde estamos no campo de forças governo da vida dos outros – governo de si¹⁷ em uma tensão constitutiva que vai além do campo formal do governo e da gestão.

Na RB – cuidado territorializado, o mais próximo de onde a vida é produzida (não só nas casas) – essa questão se coloca de modo veemente. Estar próximo, conhecer a vida, entender as relações e os movimentos podem servir, ao mesmo tempo, para cuidar melhor e para melhor controlar. A tensão está posta o tempo todo.

Por outro lado, como trabalho produzido na micropolítica do encontro, há um emaranhado de relações, em que todos os envolvidos com a produção do cuidado exercem, em alguma medida, o governo de si e o governo do outro. No complexo e multifacetado mundo do cuidado, “todos governam: gestores, trabalhadores e usuários”⁹⁽⁶⁸⁾.

Os gestores, por meio de políticas institucionais, almejam governar os serviços, os trabalhadores e a população. Os trabalhadores, entretanto, têm seus corpos marcados por conceitos, concepções, interesses e modos de estar no mundo, que interferem na condução de suas práticas, além de serem afetados, dos mais diversos modos, pelo encontro com os usuários. Assim, no trabalho vivo em ato, exercem o governo de si, com alto grau de autonomia, apesar dos desígnios da gestão e dos desejos e demandas dos usuários. Já os usuários exercem seu autogoverno incorporando ou não as prescrições terapêuticas estabelecidas, ou, ainda, buscam governar os serviços e trabalhadores disputando, a partir de seus desejos e concepções de cuidado, os modos de operar os serviços e os encontros.

Nesse contexto em que todos governam, há forças e tensões permanentemente em disputa, em busca da hegemonia de seus projetos, da autonomia, do controle. As forças operam capturando ou agenciando o cuidado, com todos disputando como as práticas de saúde devem ser operadas em distintas circunstâncias.

Em experiências de pesquisa, gestão e cuidado na RB, vimos em acontecimento a força-valor governo de si e governo do outro agenciando gestores, serviços e trabalhadores no sentido das ações de saúde como “práticas disciplinares ou de controle”¹⁸⁽³⁰⁰⁾, a partir de atos prescritivos e protocolos definidos, *a priori*, por marcadores da clínica e da epidemiologia. Essas práticas, ao produzirem projetos terapêuticos que medicalizam e normatizam as vidas (individual e coletivamente), cerceiam as ações cuidadoras agenciadas no encontro, no campo das tecnologias leves, das afetações mútuas, do trabalho vivo em ato, que podem

colocar no centro do cuidado as singularidades e multiplicidades que pulsam nas vidas e nos territórios existenciais e geográficos.

Em muitas situações, portanto, a RB pode operar mais como um dispositivo disciplinador dos corpos do que como um dispositivo que ofereça elementos para os usuários viverem suas vidas, enfrentando com potência ampliada os seus problemas de saúde.

As forças biopolítica e biopoder atravessam permanentemente os arranjos e os modos de produzir cuidado nos serviços de saúde. No campo da biopolítica, o corpo biológico é um poderoso ponto de governo dos outros por meio da regulamentação da vida¹⁹. No campo do biopoder, um certo saber-fazer dos trabalhadores da saúde agencia modos de fazer no sentido da dominação sobre a vida do outro, prescrevendo modos de viver e produzindo valores para reorientar hábitos e comportamentos.

Nesse processo de governar e disciplinarizar o usuário, vale trazer para a cena elementos que intensificam a força-valor ‘governo do outro’ na dobra governo da vida. Os trabalhadores orientam suas práticas levando fortemente em conta o corpo biológico, e suas ‘anormalidades’. O que são essencialmente valorizados para a definição das práticas de saúde e projetos terapêuticos são o diagnóstico clínico e a busca do ‘normal’ preconizados para os diferentes grupos populacionais²⁰ seja por meio de mecanismos de cura para o corpo doente, seja mediante tratamentos para o corpo saudável não adoecer¹⁸.

Uma das forças nesse campo busca agenciar gestores, trabalhadores da saúde e usuários com base em protocolos, procedimentos e prescrições concebidos a partir dos mais recentes avanços científicos e tecnológicos, com medicamentos, equipamentos e comportamentos que prometem produzir a cura ou, ainda, evitar que a doença acometa os corpos biológicos dos indivíduos e coletividades¹⁸. É uma força atuante nos serviços de saúde e na sociedade, empoderada pela saúde pública, como uma maneira de categorizar

as multidões, buscando intensamente gerir a vida dos outros, agir sobre seus corpos e seus modos de viver²⁰.

Na RB, esse componente disciplinarizador é potencializado pelo predomínio de usuários socialmente vulneráveis. Geralmente são tomados como indivíduos ou coletivos com pouco ou nenhum poder de vocalização e de reivindicação sobre seus desejos e projetos de cuidado; ou como máquinas desejantes equivocadas, muitas vezes nem reconhecidos como desejantes. Nesse contexto, com pouca escuta e sensibilidade às demandas das vidas que buscam o cuidado nas equipes, predominam as forças operadas para o controle sobre os modos de andar a vida dos usuários, e sobre escolhas dos projetos de cuidado, os quais agenciam a captura do trabalho vivo e a diminuição da porosidade para o encontro.

A pouca porosidade acontece quando as equipes, tragadas por ofertas de ‘cuidado’ estabelecidas *a priori*, com agendas programadas disparadas pela política, gestores ou pela própria equipe, por protocolos e metas a serem cumpridas, não encontram espaço para os desejos e questões trazidas pelos usuários que não sejam consideradas ‘prioridades’ para o serviço. Mesmo espaços potentes para o encontro, como as visitas domiciliares, podem ser capturados e transformados em procedimentos mecânicos ou em momentos de disciplinarização intensiva.

Nesse contexto, o usuário tem duas opções: ‘encaixa-se’ no ‘cardápio’ de ações oferecidas ou exerce de outra maneira a força-valor governo de si e do outro e, a partir de seus processos de agenciamento, assume seu cuidado e adota estratégias próprias para atender suas questões e para fazer uso das ofertas do sistema. Os usuários adaptam as prescrições, desprezando o que não lhes faz sentido, incorporando ações cuidadoras que tenham alguma conexão com suas existências, possíveis de serem operadas em suas vidas. Criam/acionam Redes Vivas Existenciais¹² para os ajudarem nesse processo de cuidar de si e dos seus, disputando projetos terapêuticos.

É importante destacar que, ainda que o ‘diagnóstico clínico’ seja o mesmo, o viver o adoecimento é singular a cada vivente; as marcas, as histórias e os contextos que cada um vivencia interferem nos modos de conduzir suas existências. Uma mesma condição de saúde é incapaz de produzir “serialização subjetivante no modo de desejar e produzir a vida”¹⁸⁽²⁹⁵⁾. Entretanto, muitas equipes operam um modelo autoritário de atenção, fundamentalmente prescritivo, previsível e normativo¹⁹, sem admitir possibilidades outras de cuidado, cujos sentidos seriam construídos no encontro.

Na micropolítica dos encontros entre os trabalhadores e usuários, não há nada decidido de antemão, há sempre uma disputa entre quem cuida e quem é cuidado. A força-valor governo de si e governo do outro é acontecimento, permanentemente atravessada por forças outras em tensão no mundo da vida e do cuidado.

Força-valor clínica-cuidado

Existe um campo de forças clínica-cuidado, muito importante no encontro entre trabalhadores e usuários na RB, que tem a ver com os saberes reconhecidos como legítimos ou não e com a possibilidade ou não de construção compartilhada de um projeto terapêutico, de modo que ele faça sentido para o usuário e sirva para enriquecer seu viver, apesar dos problemas e sofrimentos com que eventualmente precise viver ou enfrentar.

Como já dito, a base da clínica das várias profissões da saúde é o saber técnico hegemônico, com pretensão de verdade produzida a partir da ciência, que toma o corpo como uma máquina biológica dada, definida, fixa, deslocada das intensidades do viver. Saber técnico produzido de modo fragmentado, em função das especializações. Essa força-valor clínica é alimentada por várias outras forças que contribuem para sua legitimação como verdade – campo de forças do mercado, das indústrias de equipamentos, de remédios, de

aparatos tecnológicos, que socialmente ajudam a construir certas verdades sobre saúde, doença e os modos de proteger uma e livrar-se da outra.

Há outro tipo de saber sobre saúde na força-valor cuidado que é o saber produzido a partir da vida, do viver. Esse é um saber do corpo. Tem a ver com sentir-se bem e mal, com e sem forças, com e sem vontade, com reconhecer algo como sofrimento, dor, prazer, como reconhecer o que lhe faz bem e mal, que tem a ver com experimentações da vida em sua multiplicidade em diferentes situações. Esse saber a partir das experimentações do corpo é subjetivante e singular.

A força-valor cuidado, por se constituir a partir da experimentação da vida, atravessa a todos, pois, a qualquer momento, um gestor ou um trabalhador pode se transformar em usuário. Por isso, essa força agencia implicação com o outro, solidariedade com o sofrimento humano, compreensão com as fragilidades, maior sensibilidade às singularidades e multiplicidades existenciais de cada usuário.

Enquanto a força-valor clínica mobiliza o usuário como objeto da ação dos trabalhadores, a força-valor cuidado agencia o usuário como protagonista na produção de sua existência e como legítimos seus modos de sentir e enfrentar sofrimentos, problemas e dificuldades. Agencia o reconhecimento das intensidades do viver que, naquele momento, estão atravessadas pela possibilidade de adoecer, pela doença ou por um sofrimento sem nome definido pela ciência.

Assim, nos encontros entre trabalhadores da saúde e usuários, movidos por essas duas forças, há várias possibilidades de disputas, conflitos e confrontos. Para começar, na definição/reconhecimento da legitimidade do que é apresentado como problema de saúde, do que é reconhecido como sofrimento.

O olhar cientificamente armado pretende definir tecnicamente o que são os problemas de saúde legítimos e os modos de enfrentá-los. Os problemas referidos pelos usuários são, então, julgados e catalogados como ‘verdadeiros’ ou não, adequados ou não ao tipo de serviço que se oferece na atenção básica, por exemplo.

Dentro das próprias equipes, esse confronto de forças muito comumente deslegitima o saber dos agentes comunitários em relação ao que deve ser considerado problema e aos modos de enfrentar as situações. Outrossim, atravessa as disputas por hegemonia entre as diferentes profissões da saúde, além de alimentar a desresponsabilização de um e de outro em relação a problemas não considerados ‘próprios’ de seu campo ou pertinentes ao escopo da atenção básica.

A força-valor clínica opera no sentido de tensionar as relações na equipe e no encontro com os usuários, pois a clínica pertence a uns, e não a outros; a clínica de uns é mais valorizada que a de outros. Em um diálogo produzido tendo a clínica como base, mesmo que ela seja ‘ampliada’, uns estão dentro, outros estão fora.

As expectativas de cada um nesse encontro também são diferentes e aumentam a tensão. Uns, agenciados pela força-valor clínica, querem que a doença ocupe lugar central na organização da vida, e os saberes técnicos determinam o que deve ser realizado. Outros, agenciados pela força-valor cuidado, querem ajuda para continuar a viver do modo mais potente e prazeroso possível, apesar do problema/doença/sofrimento²¹.

Por pertencer ao mundo da experiência de todos, a força-valor cuidado pode favorecer a negociação. O cuidado pertence a todos, não é nem exclusivo da saúde, pois família, amigos, professores cuidam. Portanto, a força-valor cuidado agencia a conversa e os encontros a partir do trabalho vivo em ato, favorecendo a articulação de saberes que pertencem à molecularidade do mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental da clínica.

Tensionados pelas próprias experimentações, intensificadas pelos encontros, os trabalhadores, com os usuários, podem interrogar a clínica das profissões a partir dos problemas que ‘não encaixam’. Ao invés de serem rejeitados ‘por não fazerem parte do escopo de ação das profissões ou da RB’, esses problemas favorecem a invenção de novas estratégias e manejos a partir da composição

de todos os saberes – da equipe e dos usuários. Favorecem que os próprios saberes da clínica sejam operados de maneira leve, podendo ser úteis no manejo dos problemas. Interrogados e modificados pelas singularidades, agregando possibilidades, produzem interferências que podem ser decisivas para o bem-estar.

A clínica, subsumida ao cuidado, passa a ser elemento importante na construção compartilhada – entre todos – de projetos terapêuticos que ampliem a potência de vida, realmente a serviço do melhor enfrentamento das situações. A tensão produzida entre as forças-valores clínica e cuidado produz efeitos completamente diversos a depender do predomínio de uma sobre a outra. A questão não se resolve abandonando uma ou outra. Com os efeitos do encontro e as tecnologias leves na centralidade do cuidado, a partir da singularidade dos usuários, os saberes estruturados acerca do corpo podem ser apresentados como oferta, e não como imposição e única referência.

Na gestão micropolítica do trabalho em saúde, é preciso tensionar o instituído – a força-valor clínica e a centralidade das tecnologias duras e leve-duras na condução do encontro com os usuários. É preciso interrogar o instituído a partir das próprias experimentações de vida de gestores e trabalhadores, a partir da ampliação da escuta e do encontro com a singularidade da vivência/existência dos usuários.

Assim, os encontros intensivos entre profissionais-usuários podem se tornar relações entre viventes, com histórias e experiências de vida diferentes. Favorecem a construção de espaços de escuta e reconhecimento do outro, e a produção de arranjos e manejos singulares, que, mesmo que não ‘resolvam’ o problema, possibilitem que ele seja vivido pelos usuários da melhor maneira possível.

Força-valor trabalho em equipe

A RB se destaca como o lugar do cuidado povoado por uma diversidade de profissionais

de saúde. No início, sua experimentação foi com equipes multiprofissionais amplas (contando com até dez diferentes profissões), e outras não tão amplas, contando com três especialidades médicas, enfermagem, psicologia, serviço social.

Com a expansão da ESF, mesmo com a equipe mínima (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde inicialmente; depois odontólogo e técnico de saúde bucal, além de trabalhadores administrativos, limpeza e segurança), já estava envolvida na RB uma equipe mais ampla do que a APS oferece na maior parte dos países.

Com a incorporação, a partir de 2008, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mesmo que na modalidade matriciamento, está envolvida uma diversidade ainda maior de trabalhadores. Isso sem falar em outros matriciamentos em rede, como na saúde mental e com outros especialistas, que também se multiplicam pelo País. Isso reflete uma aposta, do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, de que, para operar a saúde de modo ampliado e no território, em oposição ao modelo hegemônico, seria importante contar com equipes multiprofissionais.

No entanto, para trabalhar em equipe, não basta reunir em um mesmo espaço uma diversidade de trabalhadores, nem atribuir a eles tarefas que se entrecruzam, tampouco estabelecer normativamente que se deve trabalhar em equipe e até reservar um tempo para que se reúnam. Equipe, assim como rede, é uma construção ativa, que implica enfrentar diferenças, relações de poder e a construção de um comum²¹.

Existe uma força-valor trabalho em equipe que mobiliza encontros apenas no plano formal e da hierarquia, com baixa potência para superar tensões e diferenças, levando à produção de conflitos e burocratização.

Existe outra força-valor trabalho em equipe que agencia o diálogo entre os núcleos de saber, em uma certa lógica de matriciamento. Todavia, como já discutido na força-valor trabalho e na força-valor clínica-cuidado, cada

profissional de saúde quando vai atuar mobiliza saberes do núcleo profissional e saberes da experiência. De modo geral, apesar das disputas entre as profissões, em quase todas o saber técnico está fortemente baseado em um saber centrado no corpo biológico, estando o potencial cuidador de todas empobrecido.

O diálogo disparado a partir dos núcleos profissionais exclui os usuários, tende a tomá-los como objeto, pois quem predomina é a força-valor clínica. Além disso, essa força-valor trabalho em equipe tende a produzir relações que não são de cooperação, mas de transmissão de conhecimentos técnicos, em que uns sabem e outros aprendem. Os núcleos profissionais estão estabelecidos como “ilhas de competência que não param de operar sua máquina através das especialidades e dos especialismos cada vez maiores, fabricando e alargando novas incompetências e desautorizações de produzir cuidado”²²⁽⁹³⁾, instituindo um campo em que a força de um movimento para o cuidado, muitas vezes, fica obstruída pela força do núcleo profissional.

Há, contudo, ao menos, uma terceira força-valor trabalho em equipe, dependente da força-valor cuidado e da força-valor trabalho, que reconhece que todos governam. Essa força tensiona os núcleos de saber de cada profissão, colocando a singularidade das situações vividas pelos usuários no centro da interação para conformar um comum. Desse modo, partindo do encontro com o usuário e suas questões, pode-se chegar a problemas que são novidade para os núcleos profissionais, ou seja, que vão exigir a produção de novas respostas, vão impor desafios à construção/composição do agir tecnológico das profissões. Não há mágica, há que se abrir espaço de escuta ampliada ao usuário e suas questões.

Esse comum, produzido a partir da complexidade e singularidade das situações, dá visibilidade à pobreza e ao limite das respostas isoladas de cada núcleo de saber técnico. Esse comum pede composição, não somente entre os trabalhadores, mas com os usuários. Desse modo, é agenciada uma inversão nessa tensão

núcleo profissional – cuidado, favorecendo que os trabalhadores

posicionem suas verdades como secundárias a uma outra mais importante: a defesa da vida nos seus vários planos de produção, nas apostas que o outro faz para se produzir²³⁽³⁾.

Outro plano de tensão produzido por essa terceira força-valor trabalho em equipe tem a ver com o reconhecimento de que todos governam e, portanto, toda a construção da dinâmica do trabalho em saúde precisa ser feita de modo compartilhado. Entretanto, isso não acontece espontaneamente. Ao contrário, as relações de poder e as disputas de projeto tendem a produzir fragmentação e desresponsabilização.

Considerações finais

A RB pode ser um espaço privilegiado de aproximação aos distintos territórios em que se produzem as vidas em multiplicidade, em que o cuidado em saúde pode ganhar sentido, sendo produzido de modo compartilhado e capaz de ampliar as potências de viver. No entanto, pode ser também o lugar da captura mais cruel das existências, produzindo vidas tristes e serializações medicalizadas. Tudo depende do modo como trabalhamos o encontro, organizamos o governo, favorecemos ou não a invenção e a produção de sentidos compartilhados.

A educação permanente em saúde, abrindo espaço para reflexões e trocas, é fundamental para agenciar outra dinâmica. Todos aprendem pela experiência, então é preciso que o façam coletivamente, o que enriquece muito a possibilidade de interrogar, de colocar o trabalho produzido e seus efeitos em análise²⁴. Como o meu trabalho afeta o outro? Como o que eu desejo interfere no modo do outro trabalhar ou viver? Como conseguimos cuidar do usuário X, e não do usuário Y? Muitas perguntas e provocações, singularmente produzidas a partir das situações vividas, possibilitam abrir

outras visibilidades para o trabalho e trazer a complexidade das vidas para a cena.

As políticas nacionais de atenção básica e de educação na saúde não privilegiam esse trabalho vivo de interrogação e reflexão. Com raras exceções, estão centradas na atualização do saber técnico²⁵. Então cabe aos gestores, trabalhadores e usuários dos espaços locais/municipais a produção desse tipo de movimentos.

A gestão micropolítica do cuidado abre espaços para a potência, mas dá trabalho, nos desafia e coloca diante das incertezas. Cabe a todos nós nos posicionarmos diante desses importantes desafios.

Finalmente, não pretendemos fechar este debate, mas trazer para análise aspectos

importantes e comuns do cotidiano do trabalho na RB e, assim, provocar reflexões e interrogações sobre como produzimos o cuidado em saúde, potencializados pela micropolítica dos encontros. Nesse sentido, será necessário realizar pesquisas com esse objetivo.

Colaboradores

Merhy EE (0000-0001-7560-6240)*, Feuerwerker LCM (0000-0001-6237-6167)*, Santos MLM (0000-0001-6074-0041)*, Bertussi DC (0000-0003-3138-7159)*, Baduy RS (0000-0003-4914-653X)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1993 [acesso em 2019 fev 18]; 9(2):177-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>.
2. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
3. Organização Pan-Americana da saúde. *Funções Esenciais de Saúde Pública – FESP*. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2009.
4. Feuerwerker LCM, Merhy EE. *Governamentalidade, governo da vida e Análise de Políticas*. Interface (Botucatu, Online). No prelo 2019.
5. EPS em Movimento. *Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência* [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 9]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/arquivos-em->

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- pdf/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia.
6. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
 7. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al, organizadores. Avaliação Compartilhada do cuidado em Saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. (v. 1).
 8. Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde. Surpreendendo o Instituído nas Redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. (v. 2).
 9. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 31-42. (v. 2).
 10. Gonçalves RBM. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
 11. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
 12. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg. saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 6]; (52):4-7. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
 13. Santos M. Território, Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
 14. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
 15. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, et al, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.
 16. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
 17. Foucault M. O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
 18. Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comum Estud Mídia Cult Democr. 2009; 14(27):283-308.
 19. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Gomes PC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, et al., organizadores. Avaliação compartilhada de saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 25-34. (v. 2).
 20. Merhy EE. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. Saude soc [internet]. 2015 [acesso em 2019 fev 11]; 24(supl1):44-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500044&lng=e. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015S01004>.
 21. Feuerwerker LCM. Cuidar em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 35-47. (v. 2).
 22. Silva KL, Moebus RLN, Ferreira VL. Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em Saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 91-95. (v. 1).

23. Merhy EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. *Rev Bras Saúde Família* [internet]. 2013 [acesso em 2019 fev 12]; 15(35/36):1-7. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf.
24. EPS em Movimento. Formação em Educação Permanente em Saúde – EPS em Movimento [internet]. 2014 [acesso em 2019 fev 12]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material>.
25. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Atenção Básica e Formação em Saúde. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil-conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.

Recebido em 23/02/2019

Aprovado em 12/11/2019

Conflito de interesse: inexistente

Suporte Financeiro: não houve

A prática como produção de saber na educação semipresencial

Practice as knowledge production in semi-presential education

Ana Lúcia Abrahão¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S607

RESUMO Este ensaio tem como objetivo refletir sobre a produção da formação em saúde, no contexto de cursos à distância, voltado para a gestão em saúde, em que se propõe a lógica semipresencial. A partir dos eixos Conhecimento e Educação Permanente em Saúde, constrói argumentos para um diálogo sobre o aprender e ensinar a distância. Aponta para uma virtualidade que se atualiza em um território de natureza micropolítica e tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE Formação profissional. Educação Permanente em Saúde. Ensino na saúde.

ABSTRACT *This essay aims to reflect on the production of health education, in the context of distance learning courses, focused on health management, which proposes the semi-presential logic. From the axes Knowledge and Permanent Health Education, it builds arguments for a dialogue about learning and teaching at a distance. It points to a virtuality that is updated in a territory of micropolitical and technopolitical nature, as it involves changes in relationships, processes, health acts, organizations and people.*

KEYWORDS *Professional training. Permanent Health Education. Health education.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
abrahaana@gmail.com



Introdução

Nos últimos anos, a educação a distância tem sido apontada e empregada como um recurso nas diferentes áreas do saber. No campo da saúde, o ensino a distância vem sendo empregado como recurso para a formação de profissionais de saúde, com uma vertente interessante sob a razão de cursos curtos destinados à atualização e à capacitação. Um bom exemplo é o movimento em larga escala promovido pela Universidade Aberta do Brasil em parceria com o Ministério da Saúde que oferece diferentes cursos.

A oferta é bem diversificada e difundida com o apoio das secretarias municipais, estaduais, serviços de modo geral, para todos os segmentos do campo da saúde. Nesse sentido, podemos encontrar cursos gratuitos, pagos, cursos totalmente a distância e aberto, em que o aluno organiza a sua própria trajetória de formação, bem como cursos em formato semipresencial. Ou seja, a modalidade de educação a distância permite arranjos variados para a sua estrutura que se adapta de acordo com o objetivo e perfil da população-alvo.

Nesta esteira de ampliação e melhoria da qualificação profissional, entendemos ser possível e apostamos na proposta de um curso a distância semipresencial, centrado na lógica da Educação Permanente (EP), sobre uma base que encontra na experiência do trabalho o seu principal elemento pedagógico.

As atividades presentes no cotidiano do processo de trabalho apresentam elementos importantes e indispensáveis para a construção de novos saberes e conhecimentos. Um artifício que não dispensa conteúdo e arranjos teóricos no subsídio da discussão e do debate, mas que coloca os conceitos como catapulta para lançar a ideia que nasce com a experiência no trabalho em outro patamar.

A formação, tendo como meio a educação a distância, impulsiona um desenho que, ao mesmo tempo – neste caso, de uma proposta que tem como público-alvo o gerente de unidade de saúde –, coloque em reflexão o

gerir e o gerar presentes no cotidiano desse ator. A proposta de Curso encontra-se na sua quarta edição, foi elaborada por docentes da Universidade Federal Fluminense e tem por objetivo a formação de profissionais que atuam na gerência de Unidades Básicas de Saúde – Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. A mobilização de saberes que circulam no processo de gerir uma unidade de saúde requer reflexão dos modos de organizar, planejar, delegar, conduzir explorar os recursos existentes. Na sua porção de gerar, identificamos a capacidade de criação, de mobilização da equipe e na dimensão problematizadora da sua própria prática.

A proposta do curso sobre gerência de unidades básicas está centrada na condução da EP para profissionais que atuam diretamente na função de gerente na atenção básica, na modalidade semipresencial, com apoio de uma plataforma virtual. A estrutura formativa destaca práticas relacionadas com processos estruturados, como gestão de insumos da unidade, e com processos não estruturados, como a gestão do processo de trabalho. Cada vez mais, a tendência do gerente de unidade de saúde está relacionada com a identificação e com a necessidade do emprego de atividades, que se aproximam da gestão clínica e do cuidado, tais como utilização de casos traçadores, análise de eventos-sentinela, gestão por agravos e condição de saúde, projeto terapêutico singular, gestão de linhas de cuidado, consulta compartilhada entre generalistas e especialistas, gestão de casos, entre outras.

As exigências para esse ator são da mesma dimensão da complexidade que cerca a atenção básica. A função de ordenação das redes de atenção adensa as ações e requer atributos e diretrizes que envolvam trabalho, como: territorialização, adscrição de clientela e vínculo, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, entre outras, que passam a fazer parte do repertório de atividades do gerente da Unidade Básica de Saúde.

O debate e as pesquisas sobre a função do

gerente permitiram um desenho de três macro competências que estruturam a proposta do curso, buscando alternativa ao modelo funcionalista que se apresenta para os serviços, com baixa potência para mudança no cotidiano das ações.

As macro competências gestão do trabalho, gestão de redes e gestão de insumos auxiliam a elaboração de ações de ferramentas que potencializam as ações do gerente e que possam disputar outra lógica de organização da clínica e cuidado a partir da gestão; reconhecendo que gestão e cuidado são ações indissociáveis.

O ensino a distância do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado nos coloca no espaço e na capacidade de ser uma proposta propositiva, com conteúdo necessário para o gerir e o gerar. Espaço para a criatividade e reflexão geradora de um cotidiano de trabalho denso e complexo como é o do gerente de unidade de saúde.

A construção desses espaços comunica ideias que são narradas em um contar, que no ato se atualiza, traz para o presente contado a memória do vivido, acoplando nesse ato a reflexão do acontecimento, de modos e arranjos de conhecer e de produzir saber a partir do que foi e é experimentado no cotidiano do trabalho.

A formação semipresencial é trazida neste texto como elemento associado à EP no campo da saúde como uma estratégia para a formação de profissionais; um ensaio sobre a prática como produção de saber na educação semipresencial.

A modalidade semipresencial e o trabalho em saúde como fonte de conhecimento

Um curso semipresencial, de forma genérica, são formações que se estruturam parte a distância e parte presencial. De acordo com Ministério da Educação, a modalidade semipresencial se aplica a cursos estruturados

como presencias com, no mínimo, 20% da carga horária total da formação construída a distância em ambientes virtuais. No caso do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, construímos uma formação a distância com carga horária total de 180 horas, com 48 horas presenciais.

A estrutura modular do curso está alicerçada em problemas concretos do processo de trabalho em gerência da atenção básica. O início do curso é um encontro presencial, pois constitui o terreno problematizador para a dinâmica virtual. A abordagem pedagógica dos tutores (profissionais selecionados e formados pela Universidade Federal Fluminense para acompanhar os alunos) é acompanhada pela coordenação pedagógica e objetiva a mobilização, mesmo a distância, de elementos significativos para o conhecimento e para a transformação da prática profissional.

Entendemos, nessa perspectiva, que, no cotidiano do trabalho, estamos imersos em planos atravessados por conhecimentos de origem diversa que se complementam no ato da atividade. Segundo Merhy¹, é no ato da atividade que o trabalho vivo opera e que empregamos as tecnologias presentes em nossa valise tecnológica. Nesse encontro trabalhador e usuário, são desenrolados saberes e conhecimentos.

Entretanto, na maioria das vezes, optamos por não refletir sobre aquilo que nos acontece, aquilo que nos toca e nos coloca em reflexão². Reagimos, frequentemente, sobre aquilo que nos acontece de forma mecânica, em movimentos e atitudes automáticas, de forma reativa, em que as repostas já estão previamente construídas e as buscamos em nossas prateleiras mentais durante o processo de trabalho, oferecendo como solução aos problemas que conseguimos identificar.

A prática reativa busca no discurso aquilo que se encaixa em nossa prateleira mental de respostas prontas. A opção por colocar à disposição aquilo que toca, o acontecimento no ato produtivo da saúde, seja na atenção

direta ao usuário, seja nas atividades de gestão, adentra em um território do trabalho como aquilo que nos toca, nos implica; e entramos em uma dinâmica de dúvida em dramas³ que nos questiona o quanto de nós devemos, queremos colocar naquela ação, naquela mistura de conhecimento e saberes em que usuário e profissional estão presentes. Uma parte do eu, da capacidade criativa que envolve o sujeito é convocada a partir da implicação ou das implicações cujo resultado é surpreendente, e se constrói e se constitui em outras dinâmicas, possibilidades de estar na vida e de ser profissional.

Aquilo que nos toca urge em nosso corpo, fala pela nossa boca, sem forma, sem texto. Um conhecimento que ganha forma, e sentido

quando é colocado em discussão em debate, na prática da alteridade. Comunicam ideias que são narradas em um contar, que no ato se atualiza, traz para o presente contado a memória do vivido. Nesse sentido, podemos imaginar os planos de conhecimento que circulam no território do trabalho sendo constituídos de cores, formas e arranjos diversificados.

Tipos de conhecimento que podemos recolher de acordo com os acontecimentos e com a nossa experiência no cotidiano do trabalho. Podemos, nesse sentido, lançar mão de alguns desses conhecimentos para ilustrar esse movimento de formação na modalidade semipresencial e no trabalho em saúde. O *quadro 1* abaixo nos aproxima dessa ideia e nos permite avançar nesta construção.

Quadro 1. Distribuição de tipos de conhecimento produzidos durante o processo de trabalho em saúde e suas principais características

Tipo de conhecimento	Principais características
Conhecimento reativo/ prescritivo	Conhecimento produzido como uma reação ao problema apresentado que neste processo, toma a matriz protocolar dos saberes previamente formulados, como sendo a única forma de construção do saber do qual a prática toma por base. Revela um automatismo no agir – ação/reação, com pouca margem para a reflexão. Reage de acordo com o estabelecido, uma resposta que se encontra vinculada ao instituído daquela ação desenvolvida. Um conhecimento válido e importante em situações de urgência clínica, por exemplo.
Conhecimento do uso de si	Nesta dimensão o conhecimento que se envolve com o trabalho, vincula-se a dramática do uso de si, do dilema entre o quanto do próprio sujeito da ação entra e se põe a disposição do processo de produção. Há sempre uso de si na construção de conhecimento pelo fato de que estamos vivo. Reinventar maneiras de viver, de sobreviver, de viver em comum é algo que pulsa e nos move. Viver não pode ser pura execução. Não podemos imaginar nenhuma atividade – de trabalho ou outra- que não seja também uso de si, ou seja, a mobilização desta substância enigmática ³⁽¹⁷⁾ . Muito semelhante ao tipo de conhecimento seguinte, pois se relaciona com o ato, de modo que ao produzir conhecimento este se faz com a inclusão de uma parte de si no processo.
Conhecimento implicado	O conhecimento produzido a partir da implicação se assemelha com a construção de si. Se diferenciando pela dimensão implicada presente na produção. O conhecimento implicado, não se sintetiza a partir de uma questão de vontade, de decisão consciente do trabalhador; o conhecimento implicado no trabalho abarca uma análise do sistema de lugares, o apontamento do lugar que o trabalhador ocupa daquele que ele almeja ocupar e do que lhe é encarregado ocupar – enquanto profissional do campo da saúde – com os desafios que isto acarreta. A produção de um conhecimento implicado estabelece a negação da neutralidade do usuário/profissional procura romper as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. Um conhecimento implicado se relaciona com as pertencas e sociais, políticas, libidinais de poder dos envolvidos nesta produção.
Conhecimento reflexivo	O saber produzido a partir do processo reflexivo dos envolvidos na produção do conhecimento, é estabelecido, sobre aquilo que acontece e toca no ato do trabalho, naquilo que passa e toca o profissional. Neste movimento a dinâmica reflexiva do reconhecimento do que é produzido, conduz a diferença do conhecimento produzido no ato. O conhecimento reflexivo se faz no ambiente de alteridade de reconhecimento do outro nesta construção. Este tipo de conhecimento é construído e se estabelece no acontecimento, como algo partilhado, um saber que produz a reflexão sobre aquilo que acontece no encontro.

Fonte: Elaboração própria.

Instituído como o momento da universalidade, na dinâmica da análise institucional³, relativo à constituição das Leis, as normas em geral representam a universalidade sobre algo ou os seus valores máximos.

Para a abordagem ergológica⁴ o uso de si está presente no momento em que desenvolvemos nosso trabalho, e nos vemos diante da decisão entre o que é prescrito e o que é real do processo de trabalho. Neste movimento entre o que está prescrito para ser feito e o que real da ação ocorre o emprego de si, para que o trabalho seja desenvolvido.

Loreau⁵ descreve implicação como uma análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber-poder sempre produzidas no encontro.

O uso dos diversos tipos de conhecimento se faz presente no cotidiano de todos nós trabalhadores. Dessa forma, uma proposta de curso semipresencial, que toma como foco a produção da formação na dinâmica do serviço, nos coloca no plano de produção de conhecimento nesse território recortado por esses vários tipos de conhecimento. Logo, é importante reconhecer na dinâmica pedagógica nesta produção destes conhecimentos, sendo extraído e ou construindo visibilidade para na construção da formação.

Assim, o tutor, aquele que acompanha o aluno do curso, tem papel de dar passagem, de produzir com o coletivo de alunos dispositivos que provoquem a vibração desses conhecimentos. Como exemplo, podemos tomar a proposta de narrativas dos alunos como foco da dinâmica de reflexiva, ou a produção de artifícios que questionem a prática, que coloque sob análise o que é produzido todos os dias no serviço. A ideia é que o coletivo tutor e aluno possa exercitar a experiência de serem sujeitos produtores de conhecimento.

Os diferentes tipos de conhecimento, quando ganham visibilidade, ampliam a possibilidade de debate a partir do trabalho como produtor de saber e operam e impactam na

produção do trabalho em saúde. A estrutura semipresencial, com encontros entre os participantes, permite explorar a discussão sobre os tipos de conhecimento, com a inclusão de dispositivos construídos pelo coletivo, como casos, filmes etc. A troca mediada por esses conhecimentos pode ser um elemento capaz de mudança no processo de trabalho em saúde; o que convoca que a inclusão da modalidade semipresencial esteja também vinculada à dinâmica da Educação Permanente em Saúde (EPS).

A modalidade semipresencial e a Educação Permanente em Saúde

A EPS, como base para o ensinar e aprender na modalidade semipresencial, inclui essas ondas de conhecimento que circulam nos serviços. O importante é fazer falar a prática e o cuidado que não se encontram no protocolo, mas que produzem efeito na vida e na possibilidade de construção de gestão que aponta para movimentos de gerar compartilhamento. Narrar aquilo que não conto para ninguém que eu faço no meu serviço, mas que reconheço como uma prática potente para o meu dia a dia. A reflexão sobre os atos e atitudes do meu cotidiano, em que a prática da EPS, com suas rodas, é um grande convite.

As rodas de EPS seguem na direção de serem provocadoras da reflexão sobre o processo de trabalho do profissional, da equipe, relacionando, nesse processo, a dimensão da gestão, do usuário, do controle social e da clínica. Um quadrilátero se estrutura para acolher na roda de EPS a reflexão dos problemas trazidos pelos participantes. Como um motor, esse movimento impulsiona pequenas mudanças da prática cotidiana e do processo de trabalho⁶.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)⁷, como estratégica do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, pode ser compreendida

como sendo um processo contínuo, que se concretiza no cotidiano do trabalho, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos para uma praxe crítica e criadora.

Dessa maneira, a PNEPS reafirma a compreensão e tratamento da formação, não como uma questão simplesmente técnica, mas de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas. Uma lógica micropolítica presente no Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, por induzir o participante do curso à reflexão sobre o seu próprio fazer.

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas⁸⁽⁵⁰⁾.

Entender a educação com sua vertente permanente é adotar a relação social como seu principal vetor, reconhecendo que o conhecimento está e é produzido por diferentes sujeitos e por suas interações. Brotar, no encontro entre alunos e professores, aquilo que acontece e que afeta o conhecimento em sua produção nos faz pensar em ferramentas pedagógicas que exercitem a mediação dos espaços subjetivos do conhecimento, para além do fazer sentido, mas produzir sujeitos implicados e epistêmicos no seu cotidiano de trabalho. Não como trabalhadores com autonomia, pois o processo de trabalho em saúde é rico em ações autônomas por parte do profissional

de saúde, autonomia que opta por esse ou por aquele caminho, oferta de atividades independentemente do problema ou da necessidade de saúde do usuário. Então, autonomia, no sentido de tomada de decisão independente, temos enquanto profissional, que se encontra no conhecimento científico e formatado das ciências hegemônicas que habitam o campo da saúde. No entanto, estamos falando e queremos entrar na construção de sujeitos implicados/epistêmicos que avançam na horizontalidade da relação pedagógica aportando os diferentes saberes circulantes nas valises tecnológicas que operam no encontro.

Nesse movimento, a roda de EPS incorpora a construção de práticas pedagógicas colaborativas e que possam avançar para a não centralidade no conteúdo como um caminho interessante para essa construção da dinâmica semipresencial de uma proposta de curso a distância. Prática pedagógica que esteja centrada não somente no conteúdo, mas sim no sujeito do aprendizado, neste caso, o aluno e o seu mediador, como um atributo da prática milenar de ensinar; que envolve distintas matizes nessa interação de relações que são fornecidas a partir daquilo que acontece e aquilo que toca quando estamos em movimento de produção de si e do mundo em nossa volta, somos e estamos em permanente processo de produzir saber e conhecimento.

Um curso semipresencial na lógica mobilizadora da prática em saúde

Estar vivo é um estado de produção de conhecimento no qual somos lançados desde que nascemos. O trabalho nos lança para um plano dessa dinâmica de aprender e ensinar, um duplo processo que se dobra entre na produção sobre o conhecer, com elementos que emergem e podem ser expressos de várias formas. Um conhecimento que se torna útil quando passa a ser incorporado no fazer

cotidiano, na existência, como aquilo que provoca outras ações. Entretanto, vale destacar que todo conhecimento tem validade; a questão segue pela via das perguntas da reflexão sobre aquilo que nos toca a partir da prática cotidiana.

O conhecimento está presente na mesma medida dos problemas que conseguimos identificar. Contudo, o problema só ganha sentido para o uso daquele tal conhecimento quando passamos a reconhecê-lo em um processo de problematização da prática. Logo, estamos falando de uma não hierarquia de valores para conhecimento ou saber: todos são válidos, a questão é como usar, em que situação, qual acontecimento eu lanço mão de tal/qual saber. As combinações são inúmeras e surpreendentes neste caso o mediador/professor ganha importância, neste processo de problematização.

Problematizar tem aqui o desenho de uma busca constante, segundo Foucault⁹, que se constitui em um jeito de olhar para objetos e situações comuns buscando uma distância. Um distanciamento que se faz necessário para que ocorra uma desconstrução das noções de verdadeiro/falso, certo/errado, bonito/feio etc. Esse movimento nos permite repensar o que está posto como normal e natural. Questionar de onde partiu, de onde surgiu e como aquilo que tomamos como normal não se constitui em uma verdade absoluta, e, sim, em algo produzido a partir das experiências. Uma criação datada e inscrita socialmente, algo que, portanto, pode ser questionado.

O distanciamento, nessa lógica da problematização, remete a um afastamento temporal, pois a abertura no tempo provoca o desprendimento necessário para um olhar sobre aquela dada produção, aquele problema circunscrito em um dado momento histórico como apenas uma produção, e não como uma verdade absoluta. Esse é um processo importante de ser exercitado diariamente, distinguindo os padrões não mais como referências, uma vez que não há verdade absoluta.

A construção de espaços em que possamos questionar e criticar os padrões, quando

mediada, ganha potência, pois trata-se de reconhecer uma relação horizontal nesse processo, de reconhecer que os lugares de mediador e aluno não estão dados, mas, sim, que são produzidos em um profundo movimento de alteridade. Um movimento que busca vencer a ignorância do que se ignora, além da importância de conhecer a si mesmo para reconhecer o seu próprio eu; e, nesse processo, conhecer a si mesmo pelo reconhecimento do acesso às verdades¹⁰.

O mediador, ao alargar a experiência para os diferentes planos de conhecimento – como um rizoma que ora está entre, fora, dentro –, atravessa, enrola-se, dobra-se e desdobra-se, vai conduzindo a mediação; produzindo, nesse movimento, caminhos antes nem pensados ou traçados, mas que são constitutivos da busca para vencer a ignorância do que se ignora.

Trazer a educação a distância, na modalidade semipresencial, é reconhecer uma prática pedagógica que não está centrada no conteúdo, não está centrada no professor, não está centrada no aluno, mas está centrada na experiência dos saberes que se encontram na virtualidade e se atualizam no encontro mediado pela experiência do mundo do trabalho; e, portanto, nas necessidades coletivas do usuário que busca os serviços de saúde.

A formação atualizada com uma mediação potente que incorpora os elementos atuais que nos rodeia segue pela via de romper com o que está dado, com o instituído, nesse sentido, não só leitura de textos e artigos é imprescindível, mas também pequenos textos jornalísticos, vídeos da *web*, a construção de hipertexto que, construído em um ambiente de cooperação, estimula a colaboração entre pares, troca de conhecimento de experiência. Ouvir a experiência do outro, conectar com aquilo que tocou e acontece com o outro pode ser potente no ambiente virtual em que as diferentes formas de expressão são válidas, visto que o conhecimento não tem uma única via de se expressar, mas múltiplas. Explorar essas formas é reconhecer a mediação, mas também a experiência, aquilo que toca e acontece.

Conclusões

O conhecimento sobre a micropolítica do trabalho em saúde construído sob a lógica da educação permanente constitui argumentos para um diálogo sobre o aprender e ensinar a distância, no Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. A experiência da execução do curso aponta para uma virtualidade que se atualiza em um território de natureza micropolítica e tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas.

A proposta se apoia na experiência, como base para o desenvolvimento pedagógico. Conteúdos que possam ser explorados e desdobrados em dinâmicas problematizadoras, disputando uma

outra lógica de problematizar as ações dos gerentes, que é acompanhada por docentes da Universidade Federal Fluminense que estão vinculados ao suporte pedagógico do curso.

O acompanhamento presencial e a distância dos alunos impulsionam a reflexão e a elaboração de conhecimentos válidos para o trabalho da gerência na atenção básica. Um conhecimento que parte do cotidiano do trabalho, produz processo de reflexão coletiva e retorna com a possibilidade de transformação das práticas.

Colaborador

Abrahão AL (0000-0002-0820-4329)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Merhy E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras de Edu 2002; (19):20-28.
3. Schwartz Y, Echternacht EH. O trabalho e a abordagem ergológica: “usos dramáticos de si” no contexto de uma central de tele-atendimento ao cliente. Informática na Edu. Teoria & prática. 2007; 10(2):9-24.
4. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1996.
5. Lourau R. Implicação-Transdução. In: Altoé S, organizadora. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 212-223.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.
7. 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. 20 Ago 2007.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, aten-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

ção e controle social. *Physis* [internet]. 2004 [acesso em 2019 out 3]; 14(1):41-65.

9. Foucault M. Polêmica, política e problematizações. In: Foucault M. *Ditos & Escritos V: Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010

10. Foucault M. *Hermenêutica do sujeito*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

Recebido em 03/10/2019
Aprovado em 16/11/2019
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?

Clinic, care and subjectivity: after all, what kind of care are we talking about?

Túlio Batista Franco¹, Luiz Carlos Moreira Hubner¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S608

RESUMO Este ensaio procura discutir o processo de decisão clínica e o cuidado em saúde, a partir do reconhecimento de que o organismo humano é habitado por um corpo afetivo e por um corpo anátomo-clínico. O processo terapêutico requer que essas duas dimensões sejam contempladas para o cuidado em saúde. O cuidado não se faz apenas sobre a disfunção ou lesão dos órgãos, ele deve contemplar toda a existência de uma pessoa, porque ela é um ser complexo, que, além do seu problema de saúde mais objetivamente identificado, traz sua história de vida, recheada de expectativas, desejos, relações de afeto, familiares e sociais, produzidas em determinado meio. Os autores lançaram mão da cartografia, ou seja, um olhar com base nos processos e diversos fatores que produziram as questões que estão no foco de análise. O pressuposto é que o usuário deve ser o protagonista do seu projeto terapêutico. São estas questões que estão sendo debatidas no texto que conclui pela necessidade de considerá-las em um movimento de renovação dos saberes e práticas clínicas para uma abordagem mais integral do corpo e do cuidado em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Clínica. Atenção Primária à Saúde. Cuidado.

ABSTRACT *This essay discusses the clinical decision-making process and health care, based on the recognition that the human organism is inhabited by an affective body and by an anatomo-clinical body. The therapeutic process requires that these two dimensions be contemplated for health care. The care is not only about organ dysfunction or injury, it must contemplate the whole existence of a person, because he/she is a complex being, who, in addition to his/her most objectively identified health problem, brings his/her life story, filled with expectations, desires, relationships of affection, family and social, produced in a given environment. The authors used cartography, that is, a look based on processes and various factors that produced the issues that are the focus of analysis. The assumption is that the user must be the protagonist of their therapeutic project. It is these issues that are being debated in the text that concludes the need to consider them in a movement of renewal of knowledge and clinical practices for a more comprehensive approach to body and health care.*

KEYWORDS *Clinic. Primary Health Care. Care.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
tuliofranco@gmail.com



Introdução

Este texto procura discutir, em formato de ensaio, o cuidado em saúde tomando como foco o trabalho do médico no exercício da clínica na atenção básica. Produto de uma pesquisa em rede de saúde em uma cidade do estado do Rio de Janeiro, tem como foco os parâmetros da prática clínica e os valores no seu exercício, olhando para as relações entre trabalhador e usuário. Mais especificamente, reflete sobre o ato de cuidar com base na prática da visita domiciliar, a qual aproxima o trabalhador da realidade do usuário, pois se vê diante do seu contexto de vida, da casa e suas relações de família, do ambiente, da situação socioeconômica e dos seus modos de viver. Assim, verifica a existência da pessoa como um conjunto a ser observado, inserido em determinado contexto, sendo esta complexidade o foco da sua atuação, considerando que sua ação não é isolada, ou unidirecional, mas compartilhada com o usuário e com todos os que se colocam na cena do cuidado. Nesse sentido, o texto interroga o trabalho que tem por foco o cuidado direcionado apenas na disfunção do corpo, ou a lesão de algum órgão como seu objeto. O cuidado é a arte de produzir potência no outro, em qualquer circunstância, e, para isso, tem por objetivo operar sobre o conjunto do seu organismo, considerando além do corpo biológico o que Deleuze chamou de corpo sem órgãos, ou seja, afetivo¹.

Este é possivelmente o maior desafio para o trabalho e para o cuidado em saúde, o ajuste das práticas de um trabalhador ou equipe de saúde, para o exercício da clínica na sua complexidade, para além dos protocolos, considerando aquele que nos procura como um ser com histórias, valores, expectativas, desejos, relações sociais e afetivas. Isto significa uma ruptura com o modo convencional de exercício da clínica, apenas como um instrumento para atuar sobre o corpo anátomo-clínico. É assim que Foucault² vai registrar nos seus estudos sobre o nascimento da clínica, que esta nasce a partir do olhar sobre o corpo, descobrindo

suas formas, as cores, a textura dos órgãos, uma descoberta exclusiva sobre a massa biológica que compõe esse corpo.

Essa prática se hegemoniza no campo do fazer e do saber, com óbvias repercussões em todo sistema formador de profissionais para a saúde. Instituiu-se nas escolas, na atenção básica e nos Hospitais os mesmos referenciais dessa prática clínica. Essa lógica se hegemoniza com a afirmação do paradigma da Medicina Científica ou Flexneriana, que refere-se ao modelo de prática clínica pensada a partir do relatório de Abraham Flexner, publicado nos EUA em 1910, que avaliou o ensino médico americano e sugeriu a sua reforma para um modelo centrado na pesquisa biológica, o que orientou a partir deste episódio o trabalho dos profissionais na clínica. Aquela clínica fundada sob o conceito de corpo anátomo-clínico formula o conjunto teórico conceitual que tem por base o método científico, vendo o corpo apenas como uma máquina, passível de intervenção em cada parte dele, por especialistas das partes desse complexo corpo humano (clínica do corpo de órgãos). No entanto, não é sobre essa clínica que considera apenas esse corpo anátomo-clínico que queremos refletir.

Alguns autores no campo da saúde coletiva discutem o fato de que, no mundo ocidental, por meio da medicalização e disciplinarização da vida; as práticas em saúde se constituíram de forma que o saber científico e a explicação biológica se colocaram hegemonicamente como explicação única para os sofrimentos humanos, constituídos a partir de determinados lugares de poder, retirando totalmente das pessoas a possibilidade de cuidar de sua própria saúde, desconsiderando a subjetividade e a singularidade nos modos de levar a vida de quem acessa os serviços³.

Na saúde, de modo geral, quando falamos em cuidado, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, qual seja, o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento, que é ditado por profissionais para os 'pacientes' que os procuram nos serviços.

Contudo, cuidado para nós não é só um conjunto de recursos, medidas terapêuticas e procedimentos que permitem efetivar a aplicação de um Projeto Terapêutico. É mais do que isso. Cuidar demanda a utilização de vários tipos de tecnologias no âmbito dos serviços de saúde, bem como, ao considerar a existência da pessoa no mundo, requer pensar o ambiente, os estressores do cotidiano aos quais o usuário está submetido, relações de família e comunidade. Qualquer análise, portanto, deve ser multidimensional, tomando a experiência de viver também como foco da análise de risco e plano de cuidado a ser implementado.

Ayres considera cuidado

[...] como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações entre dois ou mais sujeitos⁴⁽⁷⁴⁾.

Ele nos fala dos já relativamente bem conhecidos efeitos positivos e negativos das transformações da Medicina contemporânea rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica. Partindo de uma proposição hipotética a respeito dessa indagação, afirma que a atual crise de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde talvez decorra do fato de que a terapêutica médica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam, ou seja, a produção da vida.

Outras reflexões importantes sobre o cuidado nos traz Merhy⁵⁻⁷, que advoga a ideia segundo a qual o cuidado é produto do trabalho em saúde; e, por ser assim, tem imamente uma dimensão tecnológica. Segundo o autor, o núcleo de produção do cuidado está no processo de trabalho e suas tecnologias. Ele classifica as tecnologias de duras, leve-duras e leves, considerando sua inscrição na maquinaria e instrumentos, no conhecimento

técnico e nas relações respectivamente. Como as relações dizem respeito à subjetividade inscrita no trabalhador que opera as tecnologias de cuidado, seja ele individual ou coletivo, podemos inferir que a produção do cuidado é dependente do agir em ato do trabalhador e, por ser assim, tem a relevância do trabalho vivo, sendo este o grande trunfo do cuidado, e no qual habita sua extraordinária potência instituinte.

O trabalho vivo traz possíveis agenciamentos instituintes, justamente porque tem como principal atributo a liberdade; por ser um trabalho no seu exato momento de criação e produção, a decisão sobre o processo de trabalho, em ato, é do próprio trabalhador na relação com o usuário. Sendo assim, observa-se nesse cenário o exercício autogestionário do trabalho, colocando um leque de possibilidades na condução do projeto terapêutico que vai estar, também, na ordem do desejo do trabalhador na sua relação com o usuário.

Geralmente, quando um profissional de saúde pensa na assistência, vem de imediato a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Em geral, a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos, e produz-se a saúde, sem considerar o que sente ou deseja esse usuário, que muitas vezes nem se permite desejar.

Precisamos ter claro que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. Devemos estar atentos para o fato de que quase nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos⁴⁽⁸⁴⁾.

Tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também, enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então,

[...] temos que pensar que nós, profissionais de saúde, estamos construindo mediações, escolhendo dentro de certas possibilidades o que deve querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios¹⁰⁽⁸⁶⁾.

‘Cuidar é ir ao encontro do outro para acompanhá-lo, e juntos promoverem e fomentarem uma vida boa para todos’ [...] é uma proposta ética que não se resume à enunciação de regras; antes seu ideal consiste numa atividade de relacionamento⁸⁽¹²²⁾.

Cuidado como proposta ética, e não como ato isolado de assistência ou atenção à saúde, refere-se à atitude, modo de ser, a maneira como a pessoa funda e constrói suas relações com as coisas, com os outros, com o mundo e consigo mesma. Essa atitude é de ocupação, de preocupação, de responsabilização radical, de sensibilidade para com a experiência humana e de reconhecimento da realidade do outro, como pessoa e como sujeito, na sua singularidade. Não se trata de desconsiderar que, quando alguém procura um serviço de saúde, é portador de uma demanda e é, portanto, potencial “objeto de conhecimento e intervenção”. Esse é um dos papéis dos profissionais de saúde. “Contudo, nada nem ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades”⁴⁽⁸⁴⁻⁸⁵⁾.

Não podemos definir para o outro um projeto terapêutico sem considerar sua história de vida. Não cabe a nós decidir sobre que vida vale a pena ser vivida. Essa escolha é do usuário, que pode ser mediada pelo conhecimento técnico profissional, mas não apenas prescrita por ele. Conhecer um pouco da história de vida das pessoas que nos procuram é fundamental no processo de cuidar. O problema é que na maioria das vezes nem consideramos o outro como sujeito, mas, sim, como mero objeto de nossas práticas. Não podemos limitar a arte de cuidar apenas à criação e à manipulação de ‘objetos’. Cuidar é mais que prescrever, diagnosticar, é não

perder a dimensão do outro como igual, sujeito na relação que estabelece consigo na vida, nos serviços de saúde.

O campo do cuidado não pode ser reduzido ao campo da clínica, ele é pura tecnologia leve, dialógica, relacional, é o mundo das sabedorias e não dos saberes. A clínica que tem a pretensão de que tudo é clínica pode ser um desastre, ela amplia, mas não rompe, continua serializando comportamentos, protocolizando formas de vida saudável, comportamentos ‘corretos’, ditados por profissionais¹¹⁽¹¹⁾.

Ao pensar a produção do cuidado como um encontro de afetos em ato, apostamos na produção de encontros nos quais o outro deixe de ser simplesmente objeto de projeção de imagens preestabelecidas, em que eu (profissional de saúde) possa executar a minha ‘clínica’; e possa se tornar uma presença viva, com a qual construímos nossos territórios de existência. Essa vulnerabilidade ao outro depende, para sua sustentação, da ativação de uma potência específica do sensível, que Rolnik¹² chamou de corpo vibrátil. Ela afirma que, segundo pesquisas recentes da neurociência, cada um de nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade, uma cortical e outra subcortical.

A primeira corresponde à percepção, a qual nos permite apreender o mundo em suas formas, para em seguida, projetar sobre elas as representações de que dispomos, de modo a lhes atribuir sentido. Esta capacidade, que nos é familiar, é, pois, associada ao tempo, à história do sujeito, e à linguagem. Com ela erguem-se as figuras de sujeito e objeto, as quais estabelecem entre si uma relação de exterioridade, o que cria as condições para que nos situemos no mapa de representações vigentes e nele possamos nos mover.

Já a segunda, que por conta de sua repressão nos é mais desconhecida, nos permite apreender a alteridade - qualidade do que é outro - em sua condição de campo de forças vivas,

que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações. O exercício desta capacidade está desvinculado da história do sujeito e da linguagem. Com ela, o outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se assim, parte de nós mesmos. Dissolvem-se aqui as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo. Esta segunda capacidade de nossos órgãos dos sentidos que a autora chamou de corpo vibrátil¹²⁽¹²⁾.

A clínica, tal como hegemonicamente praticada na medicina ‘Flexneriana’, é produto do olho retina, é uma das dimensões do cuidado, do campo das tecnologias duras e leve-duras. Tem sempre alguém ensinando, prescrevendo algo a outro. Já o cuidado opera também no corpo vibrátil, é do mundo das sensações e dos afetos, constituído predominantemente de tecnologias leves, relacionais. No campo das sensações, o outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se, assim, parte de nós mesmos. Dissolvem-se assim as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo. Essa ‘ativação de uma potência do sensível’ é que entendemos como um dos importantes componentes do cuidado.

As práticas em saúde na atenção básica são quase sempre pautadas na ‘vigilância em saúde’; e seus protocolos, ditados pelas ações programáticas (saúde da mulher, da criança, controle de hipertensos e diabéticos etc.). Esses processos são ordenados por uma redução dos núcleos de competência dos profissionais de saúde, em que prevalecem, cada vez mais, atos de saúde bem estruturados, que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber protocolar ao trabalhador.

Metodologia

Buscando desvelar as práticas de cuidado em saúde nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, para além da percepção do

olho retina, este ensaio se utiliza da cartografia como forma de entrar em contato com o objeto, e, na relação com ele, produzir os dados para análise do que se observa. A escolha da cartografia justifica-se por ser um modo de pesquisar que busca a produção de sentido no cotidiano de trabalho na medida em que outros sentidos são produzidos nesse mesmo processo. Ela reconhece a realidade como um mapa em aberto que se processa em redes rizomáticas, ou seja, as que se produzem no movimento dinâmico da vida e no seu cotidiano, que não são lineares nem protocolares, mas produzem o mundo, e se produzem com ele ao mesmo tempo, a partir dos fluxos-conectivos que operam entre os sujeitos na micropolítica do trabalho em saúde¹³.

Kastrup¹⁴ afirma que a cartografia é um método que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a ideia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas, pois é um método que não busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc* (para isto, ou para aquele fim específico).

Todavia, sua construção caso a caso não impede que se procure estabelecer algumas pistas que têm em vista descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo. Kastrup chama a atenção para a importância do funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Não se trata de buscar uma teoria geral da atenção no trabalho do cartógrafo. A ideia é que, na base da construção de conhecimento por meio do método cartográfico, há um tipo de funcionamento da atenção que foi, em parte, descrito por S. Freud com o conceito de atenção flutuante: “recomenda a utilização de uma atenção onde a seleção se encontra inicialmente suspensa, cuja definição é ‘prestar igual atenção a tudo’¹⁴⁽¹⁶⁾. Essa atenção aberta, sem focalização específica,

permite a captação não apenas dos elementos que formam um texto coerente e à disposição da consciência do analista, mas também do material “desconexo e em desordem caótica”¹⁴⁽¹⁶⁾. A função da atenção não é de simples seleção de informações. Seu funcionamento não se identifica a atos de focalização para preparar a representação das formas de objetos, mas se faz mediante detecção de signos e de forças circulantes, ou seja, de pontas do processo em curso, que, muitas vezes, são imperceptíveis ao ‘olho retina’, mas podem ser perceptíveis ao ‘corpo vibrátil’. Uma ‘atenção à espregueira’, uma concentração sem focalização, segundo Gilles Deleuze¹⁵.

Outra importante pista para a utilização do método cartográfico nos lembra Kastrup ao trazer à cena o conceito de ‘suspensão’:

[...] que significa a colocação entre parênteses dos juízos sobre as pessoas e sobre o mundo. A suspensão constitui uma atitude de abandono, ainda que temporário, da atitude cognitiva, dita natural pela fenomenologia. Trata-se de uma suspensão da política cognitiva realista, onde o conhecimento se organiza a partir da relação sujeito-objeto¹⁴⁽¹⁷⁾.

A autora lembra ainda que a cartografia é um método de cognição concebido em uma perspectiva construtivista, ou seja, não há coleta de dados, mas, desde o início, uma produção dos dados, em que o cartógrafo é também parte desse processo. A visita domiciliar relatada abaixo é fruto de uma cartografia realizada em um encontro no domicílio entre profissionais de saúde e uma usuária, descrita em Hubner¹¹.

Resultados e discussão

Trazemos à cena o relato de uma visita domiciliar feita por profissionais de saúde a um domicílio, cujo objetivo era fazer busca ativa de ‘pacientes rebeldes’, que, por razões diversas, não aderiam às prescrições da equipe em prol da sua própria saúde. Dona ‘Tarsila’ (nome

fictício) era um desses casos, que apesar de hipertensa, e apresentando alguns de seus exames bem alterados, ingeria bebidas alcoólicas diariamente. Esses profissionais da equipe sugeriram que o apoiador os acompanhasse nessa visita para poder pensar juntos ‘o que fazer’ com essa ‘paciente’¹¹.

Elas chegam à porta da casa de D. Tarsila, batendo palmas chamando-a. Ela, sentada à mesa da cozinha, reconhece a voz familiar dos profissionais e as autoriza a entrar. Médica e técnica de enfermagem entram observando o interior da casa. Elas se cumprimentam e se abraçam. Tarsila as convida para sentar e inicia a conversa dizendo que está um calor. Era um dia de verão carioca com sensação térmica acima de 40 graus, e sem água no domicílio. Oferece água gelada e um sorriso estampado no rosto. Diz ainda que não vai oferecer a cerveja que está tomando, porque sabe que a doutora é contra e está em horário de trabalho. O apoiador é apresentado à D. Tarsila. Ele se dirige a ela, aperta sua mão e elogia a aparência da cerveja, muito gelada, e afirma que também gosta muito de cerveja. Ela se admira e oferece a ele, que recusa por estar em horário de trabalho, mas afirma que em outro horário partilharia a cerveja com ela com prazer. A doutora franze a testa e faz cara de poucos amigos, de insatisfação.

Todo corpo no encontro tem o poder de afetar e ser afetado, podendo neste momento de intensidades, comporem ou não comporem entre si, gerando efeitos sobre estes mesmos corpos. Quando estes efeitos são de alegria, aumenta a potência de agir, e de tristeza, gera o efeito inverso, reduz a potência¹². Portanto, o modo como se processa o encontro entre o profissional de saúde e o usuário, tem efeitos inclusive de ordem terapêutica, pois um bom encontro, vai aumentar a energia vital, com efeitos positivos sobre o projeto terapêutico.

Observando a cena, de fora, o corpo vibrátil do cartógrafo não percebe fluidez nesse encontro, mas um tensionamento. A expressão de desenvoltura e alegria de nossa usuária parece contrastar com as feições de nossa doutora. Ela

abre sua maleta de médico e pede à técnica de enfermagem que meça sua pressão (que está alta), e mostra seus últimos exames (bastante alterados). No seu olhar, percebe-se desconforto, descontentamento com aquela imagem à sua frente – D. Tarsila e a garrafa de cerveja quase vazia. Se apresenta neste momento com a autoimagem quase costumeira, de ‘doutora zangada’ ali estampada, ele aciona automaticamente todo seu protocolo para hipertensos e diabéticos: não comer sal, açúcar, e muito menos beber. O cartógrafo atento observa, e com seu corpo vibrátil tenta devorar as sensações da nossa ‘paciente’. Percebe que sua máscara de expressão que transmitia alegria, afeto, intimidade, despedaça-se, e imediatamente outra é colocada no lugar. Está mais séria, mais dura, mas segura, absolutamente conectada àquela situação. Máscara de desapontamento, mas muito clara em matéria de expressão, de quem sabe onde está pisando, o que quer, sem qualquer senão. As intensidades experimentadas por elas eram díspares, distantes. Não se produziu até aquele momento nenhum plano de consistência, de concordância, em que seus afetos pudessem se encontrar. A médica, apenas com seu olho retina, não compreende a postura de D. Tarsila e olha com ares de interrogação para o cartógrafo e pergunta: “*E aí, o que faço com uma mulher dessa?*” “*Sugiro ouvir nossa Tarsila, saber dela o que acha dessa situação. Quer falar sobre isto, Dona Tarsila?*”. Ela, do alto de seus 78 anos, fala, já voltando a sorrir, um pouco sobre a sua vida.

Criei cinco filhos sozinha, ajudei cada um deles a construir seu canto, seu lar. Fui passadeira, faxineira, merendeira, me ‘virei nos trinta’ pra sobreviver e criar meus meninos doutor. Fiquei viúva aos 42 anos e nunca mais tive um companheiro para poder partilhar sonhos, despesas, namorar. Hoje, se precisar de alguma coisa, tenho minha aposentadoria e minha filha que mora no andar de cima com sua companheira que pode me ajudar. Meu prazer nessa vida doutora, fala dona Tarsila sorrindo, é beber, tomar cerveja, provocar quem passa na rua, brincar. Mas quando acho

que estou passando dos limites vou pra cama, e rio sozinha, vendo tudo rodar. Portanto vou lhe dizer uma coisa: Tirar de mim a cerveja é quase me matar. Ela é a minha alegria, minha vontade de viver, de acordar. Minha vida foi muito dura, doutora, já vivi muito, ‘tô no lucro’, e se morrer amanhã, fique tranquila, não vou te culpar. Portanto, lhe peço, pare de me mandar parar com a cerveja, senão vou me chatear muito com a senhora.

O cartógrafo observa nossa doutora e percebe sua máscara de expressão se transtornar, mas mesmo contrariada diz, “*fazer o que né, a senhora é quem sabe*”. E com sua máscara de expressão de doutora contrariada, se dirige ao cartógrafo que até então somente observava, e interroga. O que fazer? Não sei mais como posso ajudar? Ele se cala. Ela se despede lhe entregando folhas de receitas em papel, que nossa Tarsila, sorridente, pega e pede para sua filha guardar. O cartógrafo observa nossa doutora e sua máscara de expressão clivada, cindida, um tanto contrariada, sem clareza de sensação. Parece que nossa doutora está, nesse momento, tocada pela dupla capacidade de seus órgãos dos sentidos. Com seu olho retina ela se percebe constrangida, contrariada, mas seu corpo vibrátil (que ao que parece ela desconhece), de alguma forma se manifesta, e sem graça se despede, se frustra. Após a saída da casa, o cartógrafo não resiste e fala:

você deveria vir mais frequentemente visitar D. Tarsila, e se quiser após o horário de trabalho, quem sabe tomar uma cerveja com ela, pois nessa troca acho que vocês podem muito se ajudar.

Ela, reflexiva, talvez ainda não perceba que nesse encontro com D. Tarsila, doutora da vida, expressão de alegria, de vontade de levar a vida a seu modo, autonomamente; nossa doutora tinha acabado de se ‘consultar’. A vida é feita de escolhas, e nossa Tarsila parece saber muito bem o que quer e autonomamente escolheu como quer viver e sonhar. Afinal ‘toda vida vale a pena ser vivida’, e a nós, profissionais de saúde, cabe apenas perguntar: será que eu

posso te ajudar? Mas não impor, ditar. Nossa Tarsila me pareceu mais feliz que muitos de nós em seu modo de viver, de se cuidar. Sigamos nossas vidas, D. Tarsila, e, se precisar de mim, estarei lá na unidade para lhe acolher e cuidar, é o que considero a única conduta a ser tomada por nossa profissional no seu interesse em ajudar.

Em outros encontros, a profissional relata ao cartógrafo que ela e a nossa Tarsila se tornaram boas amigas, às vezes se encontram apenas para conversar. No aniversário de Tarsila, ela foi como convidada tomar uma cerveja com ela, e passaram um bom tempo conversando sobre a vida, sobre o amor, sobre o mar.

A nossa médica, na sua forma usual de agir – um mesmo protocolo para certos problemas de saúde – considera que tem o conhecimento técnico e a competência para intervir sobre o corpo do outro, prescrevendo ‘modos corretos’ de levar a vida, de viver, orientando para uma bio-subjetividade capturada pelo saber médico, controle do corpo e submissão à prescrição sobre os modos de vida. Isso seria traduzido como ‘produzir saúde’ e leva o nome de ‘cuidado’; em uma relação assimétrica, na qual o trabalhador comanda o outro, ditando a ele como agir, como se comportar. O que talvez a nossa médica nem perceba é que seu trabalho vivo, livre e criativo, está sendo comandado pelo trabalho morto, a maquinaria e os protocolos, instrumentalizando o cuidado, que permanece contido no seu universo tecnológico, (ações programáticas em saúde). Tudo isso não considera o modo como se constroem socialmente e afetivamente as necessidades desse ou de qualquer outro usuário. Não se trata de julgá-la ou de censurá-la pela sua forma de atuar. Foi assim que ela, uma excelente profissional, aprendeu a cuidar.

Ayres⁴ nos fala de um ativo e atual movimento de profissionais e serviços de saúde no sentido de se voltarem à presença do outro no espaço assistencial, otimizando e diversificando as formas e a qualidade dessa interação eu-outro e, a partir daí, compreender as relações que se estabelecem no dia a dia

desses serviços, na micropolítica do processo de trabalho, vivo e em ato.

Rolnik¹² considera que o campo de produção do cuidado é o da desterritorialização das profissões, e se dá na micropolítica, que é o lugar das questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o outro, no momento do encontro, afetando-se e podendo afetar esse outro, sem protocolos, sem amarras, sem definições *a priori* do que o outro pode vir a precisar. Falar de cuidado nos remete, portanto, à invenção de estratégias para a construção de novos territórios, outros espaços de vida e de afeto, uma busca de ‘saída’ dos territórios que parecem sem saída. Afinal, Saúde é felicidade, e em nossos encontros deve caber sempre a pergunta: será que eu posso te ajudar?

A clínica é instrumento do cuidado, e essa percepção é fundamental para analisá-la, pois isso lhe dá potência, e, ao mesmo tempo, limites, evitando qualquer tentativa de reificação do conhecimento clínico na relação com o cuidado em saúde. Ela é apenas mais uma peça que compõe a ‘caixa de ferramentas’ de um profissional de saúde que se propõe a cuidar.

É forçoso, quando cuidamos compreender que concepção de vida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Como é que aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem queremos cuidar.

A ampliação da ‘caixa de ferramentas’ dos profissionais incorporando mais tecnologias leves, relacionais, na produção do cuidar, pode ser uma aposta para que possamos pactuar dialógicos processos terapêuticos com aqueles a que nos propomos cuidar. Saúde é felicidade, lembremos sempre, para que possamos ajudar a quem nos procura, sem o interditar.

Considerações finais

Este estudo revela a paradoxal prática clínica, no campo do cuidado em saúde, em especial na atenção básica. Por que lidamos com um paradoxo? Porque ao mesmo tempo que se

pretende cuidar, a clínica é restrita porque simplifica a ideia de corpo às estruturas e funções anátomo-fisiológicas e por consequência estrutura um saber e prática que não conseguem atuar na plenitude do corpo. Nesse sentido, permanece aprisionada ao seu nascimento no século XVIII, quando Foucault² descreve a clínica como originária do ato de olhar o corpo, centrada no corpo anátomo-fisiológico. Reconhecemos a insuficiência desta ‘clínica’, pois ela não considera o corpo afetivo como existência, agenciado pela realidade e capaz de agenciar a ação sobre o mundo¹⁶. Nesse sentido, os autores vão propor a ‘clínica dos afetos’ como uma prática clínica, complementar à clínica convencional, e que reconhece o corpo afetivo como capaz de responder ao processo de cuidado, ser ativo e altivo na busca da sua reabilitação e recuperação. Mais do que isso, o afeto é gerador de potência e pode ativar energias no campo do desejo, capazes de atuar como força propulsora e colocar esse corpo em movimento no sentido do ‘cuidado de si’, que é ativado como fator de melhora do coeficiente de produção do cuidado em geral.

Ademais, é justamente no ‘corpo afetivo’ que muitas questões vão se revelar, relacionadas com a existência da usuária, e que passam despercebidas nas práticas clínicas, quando estas estão centradas na disfunção ou na lesão do corpo anátomo-fisiológico. Podemos afirmar que os estudos relacionados com a subjetividade e processos de subjetivação vão demonstrar o quanto esses aspectos importam para o processo terapêutico, e para o cuidado em saúde.

Essas questões nos remetem ao tema da ‘decisão clínica’: por onde passa essa decisão, e onde se situa o usuário neste processo. O que eles pensam, sentem a partir dos projetos terapêuticos que nós, profissionais de saúde, definimos para eles? No nosso exemplo, D. Tarsila, no seu modo singular de viver, parece não concordar com o projeto terapêutico definido para ela. Afinal, toda vida vale a pena ser vivida.

A nossa usuária tem também uma ideia de saúde, e pratica um ‘projeto terapêutico’,

que do seu jeito, leva a vida como considera que deva levar. É importante reconhecer o protagonismo de todo usuário no seu processo de cuidado. Todo projeto terapêutico deve ser pactuado entre profissional e usuários, como forma de melhor considerar os múltiplos fatores da vida da pessoa no ato de cuidar.

O organismo é formado por um ‘corpo com órgãos’, e um ‘corpo sem órgãos’, sendo esse o corpo afetivo. O cuidado deverá necessariamente contemplar esses corpos em todos os seus componentes. O afeto carece de reconhecimento como dispositivo capaz de ativar o desejo, e forças internas que colocam o corpo no sentido de produção da vida em si mesmo, e no seu ambiente. Portanto, este estudo amplia a visibilidade sobre esses aspectos da prática clínica, e chama atenção para o processo de abordagem das reais ‘necessidades de saúde’¹⁷ de quem nos procura no e pelo ato de cuidar.

Merhy⁶ nos diz que, na medicina tecnológica, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do cuidado para uma articulação entre as valises das tecnologias leve-duras e duras. Esta prática expressa certos procedimentos bem-definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, subespecializados no plano da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem seus verdadeiros vínculos, e por meio dos quais capturam os usuários e seu mundo.

As redes de serviços de saúde estão repletas de situações como a analisada neste texto. Nos aparece urgente que uma abordagem mais adequada, que considere a complexidade dos sujeitos que procuram os serviços de saúde, deva ser tratada já no âmbito da formação profissional. Práticas mais dialógicas, que reconheçam as necessidades de saúde de cada usuário, e a sua forma de estar no mundo.

Afinal como nos diz Ayres precisamos ter claro que nem tudo que é importante para o bem-estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. Temos que pensar que estamos construindo mediações, escolhendo dentro de certas

possibilidades o que deve querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios.

Nada, nem ninguém, pode subtrair a esse mesmo indivíduo, como aspirante ao bem-estar, a palavra última sobre suas necessidades⁴.

Colaboradores

Franco TB (0000-0001-7372-5262)* e Hubner LCM (0000-0001-7073-9888)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Deleuze GE. *Filosofia Prática*. São Paulo: Escuta; 2002.
2. Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
3. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
4. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004 [acesso em 2019 dez 18]; 8(14):73-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
5. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 2007a. p. 71-113.
6. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 2007b.
7. Merhy EE, Ceccim RB. *A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias: provocações desde o Sistema Único de Saúde e sua Política Nacional de Humanização*. Niterói: Mimeo; 2008.
8. Zoboli E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* / Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Cepesc; Abrasco; 2007. 404 p.
9. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004; 8(14):84-85.
10. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004; 8(14):86.
11. Hubner LCM. *Clínica, cuidado e subjetividade: uma análise da prática médica no programa médico de fa-*

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- mília de Niterói a partir dos encontros no território. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. 236 p.
12. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: UFRGS; 2007.
 13. Ferreira VS, Andrade CS, Franco TB, et al. Processo de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a Reestruturação Produtiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(4):898-906.
 14. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol. Soc.* 2007; 19(1):15-22.
 15. O Abecedário de Gilles Deleuze [DVD] [internet]. Direção: Pierre-André Boutang. Paris (FR): Editions Montparnasse; 1989. [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: <http://clinicand.com/2018/06/13/o-abecedario-de-gilles-deleuze/>.
 16. Franco TB, Galavote HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco TB, Ramos VC. "Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde". São Paulo: Hucitec; 2010.
 17. Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; Abrasco; 2003.
-
- Recebido em 01/10/2019
Aprovado em 18/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Processo Circular: avaliação da experiência de alunos/gerentes do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado na aplicação da ferramenta

Circular Process: evaluation of the experience of students/managers of the Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical and Care Management in the application of the tool

Angelo Brito Rodrigues¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S609

RESUMO O objetivo deste relato foi apresentar a avaliação de alunos/gerentes participantes da terceira turma do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado do Piauí e participantes na aplicação da ferramenta de Processo Circular, enquanto proposta de estratégia para refletir, debater e avaliar processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. O Processo Circular valoriza as contribuições de todos ao respeitar a presença e a perspectiva de cada participante. O uso da ferramenta pelos alunos/gerentes apresentou estratégias de participação e de gestão coletiva de processos de trabalho, proporcionou autoavaliação e avaliação sobre o uso da ferramenta na Unidade Básica de Saúde e as possibilidades e potências do processo circular em promover a interface gestão do cuidado e do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Organização e administração. Atenção Primária à Saúde. Processos grupais.

ABSTRACT *The aim of this report was to present the evaluation of students/managers, participants of the third class of the Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical and Care Management in Piauí and participants in the application of the Circular Process tool, as a strategy proposal to reflect, debate and evaluate processes in basic health units. The Circular Process values everyone's contributions by respecting each participant's presence and perspective. The use of the tool by students/managers presented strategies for participation and collective management of work processes, provided self-assessment and evaluation on the use of the tool in the Basic Health Unit and the possibilities and potentials of the circular process to promote the care management interface with the work process.*

KEYWORDS *Health management. Organization and administration. Primary Health Care. Group processes.*

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
gelobrito25@gmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda com nome de Programa Saúde da Família (PSF), surge no final da década de 1990 com objetivo de fortalecer e organizar a atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, houve uma significativa expansão da abordagem em Saúde da Família (SF) nos municípios brasileiros, que se tornou o modelo assistencial prioritário e preferencial na gestão da Atenção Básica à Saúde, com ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas a promover saúde, prevenir doenças, tratar e reabilitar. Hoje, o País tem uma cobertura de 98% de unidades de SF nos 5.570 municípios¹. Contudo, importantes estudos²⁻⁶ apontam para a diversidade de seu processo de implantação e consolidação no Brasil.

No que tange ao processo de trabalho na atenção básica, a figura do gerente da unidade de saúde acabou ficando concentrada no profissional de enfermagem⁷⁻⁹. Todavia, alguns desafios apontados pelos estudos sobre atuação e perfil de gerência da atenção básica são relevantes para compreendermos o processo de trabalho desses gerentes, uma vez que esses estudos apontam a fragilidade no processo de formação e de educação permanente desses profissionais. Diante desse cenário, o Ministério da Saúde disparou diversos processos de qualificação da gestão em saúde, com destaque para a diretriz de apoio integrado para qualificação da gestão e da atenção no SUS¹⁰. Trata-se de uma das estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde no processo de cooperação a estados e municípios com objetivo de potencializar ações de saúde num contexto de gestão em saúde regionalizada e em rede.

As diversas competências exigidas para a atuação de gerente de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e envolvem desde a gestão de insumos, pessoal, até o monitoramento de indicadores de saúde. Também são necessárias competências de gestão da clínica e do cuidado em saúde com vistas a uma atuação na Redes de Atenção à Saúde, além do investimento na articulação intra e intersetorial.

O presente estudo intenciona relatar a experiência da aplicação da ferramenta Processo Circular (PC) enquanto proposta para refletir, e avaliar processos de trabalho nas UBS.

Avaliação da aplicação da ferramenta

O Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado é promovido pela Universidade Federal Fluminense (UFF), em parceria com o Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar a gerência de UBS e a gestão do cuidado na atenção básica. A proposta é capacitar gerentes e profissionais com função gerencial em unidade básicas, sistematizar conhecimentos e experiências em gerência de unidades, analisar práticas de gestão da clínica e do cuidado já experienciados em diversos cenários brasileiros e apoiar a incorporação de ferramentas de gestão da clínica e do cuidado pelos profissionais da atenção básica¹¹.

O público preferencial são profissionais graduados na área da saúde, que estejam atuando como gerentes da atenção básica ou em funções de interface direta com a atenção básica na perspectiva de qualificar os processos de gerência da clínica e do cuidado em saúde. O curso tem uma abrangência nacional; e, em 2019, encontra-se na terceira oferta, com participação, em média, de 700 alunos por edição¹¹. O presente estudo foi realizado com alunos/gerentes da turma do Piauí, participantes da terceira oferta do curso.

O curso funciona na modalidade semipresencial, com carga horária total de 180 horas, sendo que 48 horas são presenciais, e 132 horas trabalhadas em Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A carga horária presencial é dividida em três encontros ao longo de seis meses de duração. O curso tem como proposta pedagógica a troca de experiências no contexto do SUS e uma aprendizagem contextualizada com os processos vividos pelos alunos no cotidiano da gerência na Atenção Básica à Saúde^{11,12}.

Uma das ferramentas apresentadas pelo curso é o PC. A prática tem origem em povos

tradicionais da América do Norte e da Oceania, e reúne a antiga sabedoria comunitária e valores contemporâneos de respeito às diferenças e as necessidades individuais em um processo que valoriza as contribuições de todos, respeita a presença e a história de cada participante, garante voz igual a todos. Os Processos Circulares vêm sendo adotados em diversos contextos¹³. Na ESF, podem ser utilizados, por exemplo, em atividades de aquecimento, acalmar discórdias, repelir equívocos, construir e restaurar relações, minimizar conflitos, refletir e avaliar processos de trabalho¹⁴.

Para materialização dos Processos Circulares, é necessário considerar alguns elementos fundamentais: i) a construção do 'clima' para realização da atividade, a partir de um convite com características de seriedade e compromisso, porém de maneira leve e com amorosidade para abordar um tema – uma cerimônia de abertura acolhe os participantes e explica o passo a passo da dinâmica; ii) apresentação do bastão da fala, objeto simbólico e de significância para o grupo, com objetivo de organizar e ordenar a fala do grupo e, ao mesmo tempo, proporcionar a todos os participantes a escuta e a fala de maneira respeitosa; iii) presença de um guardião ou facilitador, pessoa que coordena o debate, provoca e problematiza o grupo, porém mantém o foco no tema e no diálogo com respeitoso e não violento; iv) fechamento do momento com uma cerimônia de encerramento, que visa celebrar o processo do grupo. As cerimônias podem ser finalizadas com círculos, rodas, simples conversas, leitura de poemas, versos e outros possíveis recursos lúdico-reflexivos contextualizados com os produtos do momento^{13,14}.

No intuito de proporcionar aos gerentes-alunos do curso uma maior aproximação e apropriação da ferramenta, os tutores realizam, no primeiro encontro presencial do curso, uma roda de PC visando exercitar e favorecer o conhecimento da potência da ferramenta, considerando as diversas situações e temas vivenciados pelos gerentes no contexto de trabalho.

Para Franco¹⁴, os Processos Circulares podem ter fidelidades distintas, contudo, com o mesmo objetivo de abordar ou prevenir

conflitos no ambiente das UBS. As possibilidades podem ser de círculos de diálogo ou avaliação, de apoio, de integração e de celebração.

Durante a dinâmica-oficina proposta no encontro presencial do curso, os tutores exercem o papel de guardiões do momento, expondo a importância da organização para materialização do PC e enfatizando que, no momento da oficina, o tipo proposto de PC está voltado a promover acolhimento, inclusão e aceitação no grupo.

No final desse encontro presencial, os tutores orientam os alunos a realizarem um PC no retorno a seus contextos de trabalho, com intuito de avaliarem a potência da ferramenta no grupo de trabalho desses gerentes.

Todo esse processo é orientado por meio do material didático do curso, que apresenta a teorização sobre a ferramenta, bem como um instrumento organizativo para operacionalizar o PC em seu ambiente de trabalho. Somado a isso, no AVA, há o apoio do tutor e colegas do curso, mediante um fórum de discussão e, sempre que necessário, comunicações por meio de mensagens privadas ao tutor.

O cenário de trabalho é invariavelmente mais complexo e difícil que o ambiente, ainda que simulado, de uma sala de aula. Portanto, os alunos relataram dificuldade em selecionar um tema para realizar o PC em suas UBS. Ainda que estivessem cientes de que a escolha do tema deveria partir de uma situação concreta, seja problema ou não, a maioria dos alunos/gerentes optou em abordar temas considerados problemas recorrentes.

Os alunos/gerentes citaram algumas estratégias que contribuíram para a prática, como a realização do PC em data de reunião já estabelecida no cronograma de trabalho da UBS; o investimento em convites pessoais, ratificando a importância da participação de todos os profissionais da unidade e a realização de lanche. Tais estratégias contribuíram para a participação dos trabalhadores da unidade; e, na sequência, estes puderam ser instigados pelo próprio PC. Os alunos/gerentes relataram que a vivência da ferramenta PC foi capaz de gerar avaliações por parte dos profissionais

da UBS, assim como uma autoavaliação pelos gerentes. A avaliação dos participantes envolveu os seguintes aspectos: tempo de duração dos encontros/reuniões de equipe; escolha do tema; participação e motivação em debater o assunto pelos profissionais e encaminhamentos dos momentos, com perspectivas de deliberações e responsabilização por membros da equipe. Esses pontos tiveram pesos diferentes, com ênfase maior ao tempo de duração do momento e aos encaminhamentos.

Na maioria dos casos, foram os alunos/gerentes que definiram previamente qual seria o tema abordado no PC. Nesse sentido, os participantes avaliaram que o processo de escolha do tema poderia ter sido feito de maneira coletiva, mesmo que não houvesse consenso, mas que prevalecesse o processo democrático na seleção. Apesar da orientação do curso ser para que a escolha do tema parta de uma situação ou contexto do processo de trabalho na unidade, muitos alunos/gerentes optaram por selecionar situações-problema a partir de sua própria perspectiva o que trouxe consequências ao momento de realização do PC, pois muitos dos participantes não enxergavam o tema como relevante para um debate em grupo.

Provavelmente em função dessa definição pouco compartilhada do tema abordado, os alunos/gerentes expuseram que esperavam maior participação e motivação dos profissionais na aplicação da ferramenta, sendo que, em diversas vezes, era o guardião que tinha que provocar tal participação. Alguns alunos/gerentes relataram que o processo se assemelhou mais a uma enquete de opinião do que propriamente um momento de apresentação da percepção e sentimentos sobre o tema. Alguns gerentes colocaram que, em algum momento da realização do PC, tiveram que intervir com perguntas obtendo respostas curtas e pouco conectadas com o posicionamento do autor da fala.

Os alunos/gerentes que assumiram o papel de guardiões nas rodas de PC em um movimento de autoavaliação revelaram preocupação excessiva de seguir integralmente os passos do roteiro proposto no material didático do

curso, o que produziu um certo estresse no grupo devido à mecanização da dinâmica.

Por conseguinte, não houve uma participação motivada pelas opiniões e vivências dos participantes sobre o tema. Ainda que, na proposta do PC, a fala precise circular entre todos os membros do grupo, foi ressaltado que essa fala nem sempre foi carregada de significado e verdade.

Os participantes avaliaram que a ferramenta do PC tem potencial para a definição de encaminhamentos a partir das falas individuais produzidas, o que facilita as pactuações (datas de execução e atores responsáveis).

No entanto, os alunos/gerentes perceberam que a construção dessa agenda de compromissos e monitoramento das pactuações ficou novamente centrada no gerente ou enfermeiro, apesar de os profissionais participantes reconhecerem a necessidade de pactuar datas e a responsabilidade pelas ações.

Mesmo diante dos desafios enfrentados pelos alunos/gerentes durante a realização do PC, foi consenso a sua potência de tensionar o processo de trabalho do gerente da UBS. A possibilidade de ter uma ferramenta capaz de garantir a apresentação de diversas perspectivas, além de promover o diálogo colaborativo e não violento ao tratar de temas sensíveis na equipe e, assim, promover debates, reflexões sobre temas diversos e pertinentes à atenção básica, foi compreendido como muito positivo pelos gerentes.

Outro aspecto ressaltado pelos alunos/gerentes foi a potência da ferramenta em promover a interface entre as dimensões da gestão de pessoas e insumos e a gestão do cuidado em saúde. Os alunos/gerentes ressaltam a percepção importância de reconhecer a indissociabilidade entre essas dimensões para atuar diante das necessidades de saúde da população coberta pela unidade de saúde.

Colaborador

Rodrigues AB (0000-0001-8522-4000)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [internet]. Brasília, DF: 2018. [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan Am. J Public Health*. 2007; 21(2/3):164-176.
3. Viana ALd'Á, Rocha JSY, Elias PE, et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cad. Saúde Publica*. 2008; 24(supl1):S79-S90.
4. Pinto E, Menezes R, Villa T. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. Escola Enferm. USP* [internet]. 2010 [acesso 2019 fev 10]; 44(3):657-664. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>.
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2019 fev 24]; 14(3):783-794. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014&lng=en.
6. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso 2019 fev 18]; 21(5):1499-1510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.
7. Vélez BGA, Corrêa BL, Duarte J, et al. Conhecimento gerencial requerido no Programa Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2005 [acesso 2019 fev 18]; 58(6):635-640. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019624002>.
8. Lima OFE, Carneiro AFS, Lopes OL, et al. A Gerência do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Rede Enferm. do Nordeste* [internet]. 2012 [acesso em 2017 maio 15]; 13(4):834-844. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983013>.
9. Ximenes Neto FRG, Coelho SJJ. Gestores do Território na Estratégia Saúde da Família: analisar o perfil das necessidades de qualificação. *Rev Bras. Enferm.* [internet]. 2007 [acesso em 2017 maio 15]; 60(6):687-695. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019609014>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz de apoio integrado para qualificação da gestão e da Atenção no SUS. [internet]. Brasília, DF; 2013. [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/240607/>.
11. Universidade Federal Fluminense. Coordenação de Educação a distância. Curso de Aperfeiçoamento Gerencia de Unidade de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. [internet]. Niterói; 2019. [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: http://epubs.cead.uff.br/site/#info_curso.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Notícias [internet]. Brasília, DF: 2018. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=4173.
13. Pranis K. Processos Circulares: teoria e prática. São Paulo: Palas Athenas; 2010. Série Da reflexão à ação.
14. Franco CM, Klitzke DD, Moreira LCH, et al. Unidade I: Gestão do Processo de Trabalho em Saúde In: Abrahão AL. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado – Niterói: CEAD-UFF; 2016. p. 49-53

Recebido em 25/02/2019
Aprovado em 12/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde

Descriptor Flowchart of the work process: tool to strengthen Primary Health Care

Rosiane Pinheiro Rodrigues¹, Wesley Lieverson Nogueira do Carmo², Carla Isadora Barbosa Canto², Eliene do Socorro da Silva Santos¹, Lidiane Assunção de Vasconcelos¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S610

RESUMO O Fluxograma Descritor é caracterizado pela elaboração cartográfica de processos dinâmicos do cotidiano e configura uma importante ferramenta de gestão. Propõe-se relatar a experiência dos autores, quanto ao ensino do Fluxograma Descritor, e ao acompanhamento dos alunos (gerentes e coordenadores de atenção básica) na aplicação dessa ferramenta nas equipes de trabalho, durante um Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, na modalidade Ensino a Distância. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizou-se uma análise dos relatos, classificada em: Etapa I – Aproximação/Aprendizagem do Fluxograma Descritor; e Etapa II – Aplicação do Fluxograma Descritor/Atividade 1 no Ambiente Virtual de Aprendizagem. Considerando a Etapa I, percebeu-se que as discussões geraram várias reflexões e inquietações, a partir do momento que observaram os nós críticos no processo de trabalho. Já na Etapa II, observou-se o reconhecimento do fluxograma para desenvolver um trabalho mais eficiente, pois permite a identificação das necessidades do usuário e a participação de toda equipe. Assim, essa ferramenta merece ser divulgada nos serviços de saúde, uma vez que, além de corroborar na organização dos serviços, contribui para uma reflexão do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Organização e administração.

ABSTRACT *The Descriptor Flowchart is characterized by the cartographic elaboration of dynamic processes of daily life and can be configured as an important management tool. It is proposed to report the authors' experience regarding the teaching of the Descriptor Flowchart, and the monitoring of students (managers and coordinators of primary care) in the application of this tool to their work teams, during an Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical Management and Care in the Distance Education modality. Descriptive study, of the experience report type, an analysis of the reports was carried out, classified as: Stage I – Approach/Learning of the Descriptor Flowchart; and Stage II – Application of the Descriptor/Activity 1 Flowchart in the Virtual Learning Environment. Considering Step I, it was noticed that the discussions generated several reflections and concerns, from the moment they observed the critical nodes that the work process may present. In Step II, it was noted that the flowchart can develop a more efficient work, as it allowed the identification of user needs and the participation of all team members. Thus, this tool deserves to be disseminated in health services, once, besides corroborating the organization of services, it contributes to a reflection the work process.*

¹ Universidade do Estado do Pará (Uepa) – Belém (PA), Brasil.
rosiuepa@gmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde – Macapá (AP), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Health management. Organization and administration.*



Introdução

Pensar em novas propostas de ações em saúde é uma maneira de legitimar a atuação do Sistema Único de Saúde, indo além de sua regulamentação por meio da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 e da Lei Complementar nº 8.142, que nos leva a avaliar o modelo higienista, medicalizante e hegemônico, construindo, assim, uma visão diferenciada da atuação em saúde, de modo plural e equânime, a fim de aderir as propostas atuais para o fortalecimento e organização dos serviços na Atenção Primária à Saúde (APS)¹.

Considera-se que o ‘cuidado em saúde’ também se baseia na mudança das formas de produção da assistência em saúde com ênfase na promoção da saúde, ou seja, a partir da vigilância desse cuidado e na substituição do modelo médico hegemônico, caracterizado pela realização de procedimentos tecnicistas que dificultam o trabalho multiprofissional².

A organização dos serviços de saúde é uma medida imprescindível para a gestão da clínica e do cuidado. Para tal organização, faz-se necessário lançar mão de diversas tecnologias e estratégias que corroborem melhorias no acesso aos serviços e no manejo do processo de trabalho. Sobretudo, que resultem em melhorias nos indicadores de saúde, uma vez que são o termômetro da APS³. É nesse sentido que a APS requer grande esforço por parte de seus gestores, desde a gestão do cuidado no atendimento, realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até a gestão em esfera nacional, para que as redes de atenção à saúde funcionem de maneira congruente, dando capilaridade na assistência e, conseqüentemente, buscando garantir um atendimento integral e universal⁴.

Nessa perspectiva, pretende-se relatar a experiência do uso do Fluxograma Descritor (FD) como estratégia para fortalecer a APS. Trata-se de uma ferramenta baseada na elaboração de cartografia sobre processos dinâmicos do cotidiano⁵, que tem por objetivo:

[...] traçar os fluxos e os processos de trabalho, utilizando uma representação gráfica,

possibilitando: a compreensão, a identificação dos nós críticos, o planejamento e a reorganização do processo de trabalho⁶⁽²⁾.

Como todo processo de trabalho deve estar em constante transformação, o FD também não tem fim em si mesmo, pois provoca a análise da assistência prestada pelo profissional de saúde. Isso acontece porque a documentação do fluxo das atividades torna possível realizar melhorias e esclarece melhor o próprio fluxo de trabalho, por meio das seguintes vantagens: melhora a compreensão do processo de trabalho, mostra os passos necessários para a realização do trabalho, cria normas padrão para a execução dos processos, demonstra a sequência e interação entre as atividades e os projetos, pode ser utilizado para encontrar falhas no processo, pode ser utilizado como fonte de informação para análise crítica e facilita a consulta e os casos de dúvidas sobre o processo⁷.

O FD consiste na construção de um diagrama do processo de trabalho, de um determinado setor ou serviço, e se utiliza de alguns símbolos padronizados universalmente, tais como: 1) O desenho de uma elipse, representando a entrada ou o início de um determinado fluxo, bem como o seu fim; 2) O retângulo, como a etapa de produção das ações ou o consumo de recursos e produção de produtos; 3) O losango, para representar momentos de escolha e possibilidades de encaminhamentos a serem seguidos⁸.

Destaca-se que, no momento de sua elaboração, cabem aos profissionais envolvidos no processo de construção do FD a orientação, o monitoramento e a posterior montagem gráfica das ferramentas, seu detalhamento e sua análise⁹.

O uso do FD no processo de trabalho, como ferramenta de gestão, em grande parte, justifica-se pelo novo olhar que desconstrói o modelo assistencial centrado no saber e na figura do médico. Dessa forma, o cuidado passa a ser resultado de um processo de trabalho coletivo que envolve entre outras perspectivas a relações de trocas, comunicação inter, intra e multiprofissional¹⁰, ou seja,

[...] uma nova configuração com ênfase no trabalho em equipe multiprofissional, no vínculo e na responsabilização do processo terapêutico, maior responsabilização da família e da comunidade e cuja eficácia tem tido grande repercussão¹¹⁽¹²³⁾.

Outro ponto importante no que tange ao FD na APS é a intersectorialidade, isso porque,

Está ligada à concepção da integração, articulação dos saberes e dos serviços, bem como a formação de parcerias entre as esferas coletivas no atendimento às necessidades dos indivíduos, surgindo como um método de gestão integrada para a abordagem dos problemas sociais com a manutenção da autonomia de cada setor envolvido no processo⁶⁽¹⁾.

Além do uso do FD, é também importante o saber agir das pessoas para a produção da autonomia e percepção de seus próprios processos de trabalhos. O processo de saber agir como um modo de fazer e pensar saúde de um determinado setor ou serviço é fundamental para refletir mecanismos de gestão capazes de alterar o seu modelo de atenção¹¹. Utilizando, assim, a autonomia dos profissionais de saúde para um processo de reflexão e construção em saúde.

Nesse sentido, valorizar o saber agir se apresenta como uma possibilidade para conciliar a autonomia necessária para os profissionais da saúde¹¹. Com isso, percebe-se também a importância de rever os processos de trabalho no interior das instituições, na busca de novas configurações tecnoassistenciais em saúde⁵.

Dessa forma, este artigo tem por objetivo relatar a experiência dos autores, quanto ao ensino do FD como ferramenta de gestão, e ao acompanhamento dos alunos (gerentes de UBS e coordenadores de atenção básica dos municípios) na aplicação do fluxograma nas suas equipes na UBS, durante um Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, na modalidade Ensino a Distância (EaD).

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vinculado ao ensino do FD como ferramenta de gestão e sua aplicação, por alunos (gerentes de UBS e coordenadores de atenção básica dos municípios) de um Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense, modalidade EaD, em parceria com o Ministério da Saúde, no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, em Macapá, Estado do Amapá.

A turma foi composta por um total de 24 alunos, sendo 15 gerentes de Unidades Básicas e 9 coordenadores de atenção básica, dos municípios do estado autorreferido, sendo que 19 deles eram do município de Macapá; 2 de Ferreira Gomes; 1 de Porto Gomes; 1 de Pedra Branca do Amapari e 1 de Calçoene.

O curso ocorreu de forma semipresencial e teve duração de seis meses. Foi organizado em três Unidades de Aprendizagem (UA), de modo que cada unidade iniciou com um momento presencial no município de Macapá.

A primeira UA, denominada 'Gestão do processo de trabalho em saúde', com uma carga horária de 77 horas, teve como foco central a discussão do FD.

Posteriormente, a segunda UA, 'Gestão de materiais em unidades de saúde', com carga horária de 21 horas, apresentou o objetivo de implantar e implementar a gestão de materiais, programação e gerenciamento de estoque de materiais de consumo.

Enquanto a terceira UA, 'Gestão em redes, linhas de cuidado e planejamento participativo', com carga horária de 70 horas, abordou sobre os seguintes temas: Rede de Atenção à Saúde, Linha de Cuidado, Projeto Terapêutico Singular, Regulação e Planejamento em Saúde.

Todas as UA tiveram como suporte um tutor e a utilização de um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). Em cada momento presencial, foi apresentada e discutida pelo menos uma ferramenta de gestão, para que

na etapa a distância, contando ainda com o apoio do e-book e das discussões nos fóruns disponibilizados no AVA, os alunos pudessem aplicá-las nas suas equipes, no contexto da UBS à qual estavam vinculados; dentre elas, destaca-se neste artigo a aplicação do FD.

Para o desenvolvimento deste artigo, foi realizada uma análise de todos os relatos dos alunos referentes ao FD, classificada em: Etapa I – Aproximação/Aprendizagem do FD – considerou-se o momento presencial com discussões; as atividades realizadas na primeira UA e os fóruns e Etapa II – Aplicação do FD/Atividade 1 no AVA – considerou-se as experiências de aplicação da ferramenta nas suas equipes de UBS, as quais foram postadas no AVA como atividade 1.

Resultados e discussão

Etapa I: Aproximação/Aprendizagem do FD

Percebeu-se que as discussões sobre o FD, no encontro presencial, nas atividades da primeira UA e fóruns, geraram nos alunos várias reflexões e alguns questionamentos, bem como inquietações surgidas a partir do momento que passaram a observar os nós críticos de todo o processo de trabalho, com base em um caso clínico exposto. Eles puderam observar onde houve falhas e buscaram a solução do problema por meio das discussões em equipe, não apenas pensando em responsáveis, mas nas mazelas que ocorriam dentro do seu próprio espaço na unidade, sejam ocasionados pela falta de comunicação ou pela falta de entendimento do processo de trabalho, além da falta de estrutura e da falta de vontade, com vistas a compreenderem como os gerentes de unidades deverão tentar organizar todas essas situações na sua equipe.

Nesse íterim, destacou-se que a maioria das experiências prévias não incluía a participação da equipe da UBS na construção ou organização dos fluxogramas de trabalho, e

que essa tarefa era comumente realizada pela equipe de profissionais lotados no nível central da Secretaria Municipal de Saúde e repassada para as unidades de saúde.

Esse momento provocou, em grande parte dos alunos, a necessidade de destacar a construção e a operacionalização de fluxogramas como uma das primeiras fases de organização no processo de trabalho dentro dos serviços de saúde. Entenderam que não basta a equipe ter sua rotina organizada, e, sim, que se faz necessário representar graficamente todo o processo de trabalho, pois, dessa forma, esclarece-se melhor o próprio processo de trabalho, não somente para a equipe, mas também, para o usuário.

Nesse sentido, reconheceram o FD como uma ferramenta que visa melhorar a atenção ao usuário, já que, por meio dele, observaram que fica visível e compreensível como deve fluir o trabalho de diversas áreas dentro de um serviço de saúde, para que o usuário não fique ‘perdido’ ou sem saber para onde ir, ou a quem procurar, e, principalmente, saber quais são seus direitos e deveres.

Observou-se, ainda, que alguns deles expressaram certa dificuldade com o uso dos símbolos para a construção do FD, pois não sabiam o que cada símbolo (elipse, losango e retângulo) do fluxograma representava, nem mesmo que não podiam e não deviam ser colocados de forma aleatória. Além do mais, demonstraram dificuldades quanto à análise criteriosa a ser realizada para elencar os nós críticos, durante a descrição do caso clínico.

Para os alunos, a vivência da elaboração do FD permitiu uma profunda reflexão acerca do processo trabalho, mobilização de ferramentas de gestão e assistenciais. Antes de elaborarem, imaginavam ser algo mais simples, porém, durante a execução da atividade, perceberam que era algo complexo, que exige uma oficina com participação da equipe, uma vez que se trata de uma ação coletiva. Após a atividade, expuseram que saíram com a sensação de que é necessário conhecer o trabalho dos integrantes da equipe e se esforçar para ter um serviço organizado e que leve em conta as necessidades do usuário.

Foi possível observar relatos como:

Acho que terei muitas dificuldades para construir os fluxogramas de atendimentos na UBS em que trabalho; realizar diagnóstico do fluxo de atendimento; analisar as atividades realizadas por cada categoria profissional que compõe a equipe; propor novo fluxo de atendimento; realizar diagnóstico das dificuldades e queixas dos profissionais em relação ao acolhimento; identificar as concepções dos profissionais do serviço sobre o ato de acolher bem o usuário; realizar grupos de discussão com a equipe a fim de encontrar possíveis soluções para a organização do fluxo de atendimento; orientar a população sobre a existência e diferença entre ESF e UBS; implementar a nova organização do serviço, utilizando diversas maneiras de divulgação das atividades prestadas a fim de manter a população informada.

Etapa II: Aplicação do FD/Atividade 1 no AVA

Segundo os relatos dos alunos na plataforma AVA, a construção do FD foi muito importante, manifestaram perceber que, por meio dessa ferramenta, é possível analisar melhor o processo de trabalho. Outrossim, que o fluxograma mostrou como podem desenvolver o trabalho com mais eficiência, permitindo uma conexão maior com as necessidades do usuário, bem como proporcionou uma autoanálise do trabalho realizado, pontuando as dificuldades e a busca de soluções para os problemas apresentados.

A construção do FD *in loco* nos municípios do estado do Amapá pelos alunos, demonstrou ser uma experiência para as equipes e setores, pois conseguiram compartilhar com todos os nós críticos que cada setor enfrentava no dia a dia e que influenciavam diretamente no percurso do processo de trabalho de toda a equipe. A ideia central da construção do FD com toda a equipe, identificando os ‘nós’ que acontecem no cotidiano e tecendo estratégias para que o atendimento não seja

comprometido, favorece com que o usuário saia satisfeito do estabelecimento.

O exercício da atividade 1 no território provocou uma discussão entre a equipe sobre o caso, identificando-se os fatores problemáticos que não proporcionaram para os profissionais um momento de convivência e afinidade em grupo. Eram percebidos anteriormente, os quais poderiam ser trabalhados e melhorados para alcançar melhores resultados. Dessa forma, os alunos compreenderam que se torna imprescindível que a elaboração do fluxograma, independentemente de sua finalidade, seja realizada com a participação de todos os integrantes da equipe, pois, nesse momento, a multiplicidade de saberes, sem dúvidas, enriquece o resultado.

Com isso, ressalta-se que o FD não representa apenas um instrumento cartográfico do processo de trabalho, ele também auxilia na busca de uma assistência centrada no usuário, além de viabilizar “avaliação sistematizada e otimização do trabalho”¹²⁽³⁶⁾, possibilitando o fortalecimento da consolidação dos princípios preconizados na Política Nacional de Atenção Básica, entre eles, resolutividade e integralidade¹³.

As ferramentas analisadoras são processos de análise autopedagógicos. Por meio deles, acumula-se e sistematiza-se a prática realizada e o conhecimento dela, na medida em que os atores vão-se apropriando de forma crítica da realidade da qual fazem parte e sobre a qual intervêm. Portanto, precisam ser feitas pelo coletivo. Isso mostra a necessidade da construção das ferramentas e do empoderamento dos profissionais de saúde, das trocas e percepções do acesso à saúde, uma visão crítica e social da realidade de seu território².

O processo de construção coletiva, além de apresentar um produto rico, permeado por múltiplos saberes, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, como consequência da organização do processo de trabalho. O grupo produziu uma organização

do seu pensamento, consciente, que lhe dá a real dimensão de como são produzidas as ações de saúde, o que, muitas vezes, não é percebido pelos trabalhadores, dado uma certa compartimentação e até mesmo uma “automatização” do trabalho⁵⁽⁴⁾.

Nesse sentido, reforça-se a ideia de que o FD não se detém a uma construção individual, já que são os profissionais possuem conhecimentos que identificam os problemas e necessidades daqueles que acessam o serviço. “O fluxograma deve, portanto, ser feito de forma coletiva, pautado nos dados produzidos com o acesso às diversas fontes”¹⁴⁽¹⁷⁾.

Ressalta-se que a execução do processo de trabalho, quando aplicada com interação e integralidade entre todos os envolvidos, potencializa a melhoria da linha de cuidado em saúde ofertada ao usuário¹⁵. Aponta-se que:

Em qualquer abordagem assistencial do trabalhador de saúde, produz-se um processo de relações através do trabalho vivo em ato. Nesse encontro de expectativas e produções, criam-se momentos intersubjetivos, como as falas, escutas e interpretações, podendo ou não haver uma acolhida das intenções das pessoas envolvidas e resultando em momentos de cumplicidade e produção de responsabilização do problema a ser enfrentado¹⁶⁽¹⁸²⁸⁾.

É importante destacar, também, que

uma descrição das relações intra e interinstitucionais, onde são revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores no cenário [...] revelam os diversos projetos existentes na arena decisória²⁽²⁾.

Um modelo ‘produtor do cuidado’, centrado no usuário e nas suas necessidades, deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (aqueles inscritos nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leve/duras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado), esse modelo é permeado por dor, sofrimento,

saberes da saúde, experiências de vida, práticas assistenciais e subjetividades que afetam os sujeitos trabalhador-usuário. Enfim, há um mundo complexo que envolve, sobretudo, a produção do cuidado⁸.

A análise realizada, mediante a ferramenta do FD do modelo de atenção, revelou todo o processo de trabalho, nas ações e serviços de saúde, mapeando todo o fluxo dos usuários ao longo de todos os níveis de atenção à saúde, além de identificar as intervenções realizadas e possíveis potencialidade e fragilidades¹⁷.

Além disso, demonstra que os problemas de saúde, no geral, são complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem ao corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido às intervenções nos diversos campos da saúde. Assim, abre-se um leque de possibilidades de uso das diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

Sendo assim, o FD permite a identificação dos nós críticos e permite uma profunda reflexão que pode instrumentalizar o trabalhador na gestão do seu próprio processo. Dessa forma, a experiência de criação de um FD se torna um momento de planejamento de várias ações racionalmente pensadas de forma temporal em uma sequência elaborada, permitindo uma análise das ações e dos agentes envolvidos, e isso nem sempre é uma experiência fácil, a sensação é de que esgotar as condições e limites desse atendimento é difícil de alcançar em virtude dos muitos possíveis desdobramentos desse processo.

Considerações finais

Diante do exposto, pode-se considerar que essa ferramenta merece ser amplamente divulgada nos diversos serviços de saúde do País, pois além de corroborar a organização dos serviços, contribui para a autoavaliação e reflexão do profissional acerca de suas potencialidades e fragilidades, dessa forma, possibilitando repensar e ressignificar o processo de trabalho,

o que pode resultar em ganho para usuários, servidores e serviço.

Um FD bem elaborado, factível com a realidade local, fortalece o vínculo e a confiança com a equipe, otimiza tempo e, principalmente, estabelece ações mais resolutivas e aumenta a satisfação do usuário. De modo geral, a experiência relatada permitiu aos envolvidos evidenciar que o uso dessa ferramenta pode proporcionar para os profissionais um momento de convivência e afinidade em grupo; a percepção da necessidade de conhecer o trabalho dos integrantes da equipe; de considerar as necessidades do usuário e buscar por um processo de trabalho mais eficiente. O FD se torna uma ferramenta democrática que permite a participação de diversos agentes no cuidado².

Além disso, aponta-se que essa ferramenta deve ser tomada como uma oferta, um ponto de partida possível em uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo sempre que necessário ser

adaptada, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde, bem como o conhecimento adquirido em trocas de experiências entre a equipe.

Colaboradores

Rodrigues RP (0000-0002-5445-9402)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; e para a análise e a interpretação dos dados. Carmo WLN (0000-0002-6892-7502)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Canto CIB (0000-0003-4995-3972)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Santos ESS (0000-0002-9796-824X)* e Vasconcelos LA (0000-0002-5771-9724)* participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 20]; 42(1):208-223. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/revista-saude-em-debate-vol-42-ed-119/>.
2. Franco TB, Merhy EE. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp (Campinas, SP). In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
3. Reis VM, David HMSLD. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Rev APS*. 2010; 13(1):118-125.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília, DF: MS; 2015.
5. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Plassa BO, Alarcon MFS, Damaceno DG, et al. Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 20]; 22(4):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20180021.pdf.
 7. Franco TB. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz – MG. In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
 8. Merhy EE. A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas. Campinas-SP: Mimeo; 1998.
 9. Miranda APRS. Política de saúde no Brasil: conquistas e inflexões. In: Cavalcanti PB, Carvalho RN, Miranda APRS. Saúde em foco: visibilidades no contexto atual. João Pessoa: UFPB; 2010.
 10. Almeida JFA, Ferreira VSC, Andrade TBFC, et al. Fluxograma descritor como analisador do cuidado ao hipertenso no PSF. Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Santa Cruz. [internet]. [acesso em 2019 jan 12]. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/fluxograma_descritor_como_analisador_do_cuidado_ao_hipertenso.pdf.
 11. Santos DL, Madruga LRRG. O uso da “ferramenta de fluxograma analisador do modelo de atenção” para gestão estratégica de pessoas com base nas competências no setor de internação pediátrica do HUSM. *Rev. Sociais & Humanas* [internet]. 2007 [acesso em 2019 jan 12]; 20:117-132. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/832/570>.
 12. Sotero RL, Guimarães NP, Galavote HS. Avaliação da linha do cuidado no atendimento a usuários com ist's em um centro de testagem e aconselhamento. *Rev. Guará* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jan 20]; 7:33-46. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/guara/article/view/15819>.
 13. 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*. 22 Set 2017.
 14. Franco TB. Formação em saúde como um acontecimento: os cenários da atenção básica e o dispositivo encontro. In: Sodré F, Andrade MAC, Lima RCD, et al. *Formação em Saúde: Práticas e Perspectivas no Campo da Saúde Coletiva*. Vitória: EDUFES; 2016.
 15. Ferreira CRB. Fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção à saúde: contribuição para uma secretaria de saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul [internet]. 2016 [acesso em 2019 jan 15]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174258/001061514.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 16. Barros AMF, Santos MLSC. Fluxograma descritor de sentidos de saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids no grupo Sol. *Rev. Enferm UFPE online* [internet]. 2014 [acesso em 2019 jan 20]; 8(6):1827-31. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/viewFile/13662/16541>.
 17. Filho RFS, Ribeiro MA, Viana LS, et al. Utilização do fluxograma analisador como ferramenta de análise da atenção à saúde de uma portadora de Linfoma de Hodgkin. *Rev. Destaques Acadêmicosccbs/univates* [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 5]; 7(3):123-130. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/485>.

Recebido em 24/02/2019

Aprovado em 12/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O uso de ferramentas no processo de formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde: um relato de experiência

The use of tools in the training process of Basic Health Units managers: an experience report

Karina Cenci Pertile¹, Ana Paula Azevedo Hemmi¹, Camila Zamban de Miranda¹, Franchesca Fripp dos Santos²

DOI: 10.1590/0103-11042019S611

RESUMO O objetivo deste trabalho foi relatar e refletir sobre a experiência vivida no processo de ensino da gerência em Unidades Básicas de Saúde, com foco na oferta de ferramentas para o desenvolvimento do trabalho gerencial, a partir do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, ofertado pela Universidade Federal Fluminense em parceria com o Ministério da Saúde, nos anos de 2016 a 2019. Foi realizada uma breve descrição do curso com destaques aos encontros virtuais e presenciais, enfatizando as estratégias utilizadas para aprimorar a prática dos gerentes. O processo de ensino-aprendizagem se desenvolveu pautado na dialogicidade e na problematização, envolvendo não só os profissionais-alunos, mas também se estendendo aos espaços de trabalho deles. Foram ofertadas ferramentas para a qualificação do trabalho gerencial nas Unidades Básicas de Saúde, que parecem ter produzido reflexões sobre o cuidado prestado. Além disso, o curso oportunizou um processo de construção de grupalidade entre os profissionais-alunos, por meio das dinâmicas adotadas tanto para os encontros virtuais quanto para os presenciais.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Capacitação profissional. Gestão em saúde.

ABSTRACT *This paper's objective is to report and reflect about the experience of management training process in Basic Health Units, focusing on the supply of tools for the development of managerial work, starting from the Course of Improvement in Management of Basic Health Units, Clinic and Care Management, offered by the Fluminense Federal University (UFF) in partnership with the Ministry of Health from 2016 to 2019. A brief description of the course was done highlighting the virtual and presential meetings, especially the strategies used. The teaching-learning process was developed based on dialogicity and problematization, involving not only the professionals-students, but also extending to their workspaces as well. Tools were offered to qualify the management work at the Basic Health Units, which seem to have produced reflections on the promoted care. Furthermore, the course gave opportunity to the construction process of groupality among the professionals-students, through dynamics adopted during the virtual meetings as well as during the presential ones.*

¹Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) - Diamantina (MG), Brasil. kapertile@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde - Serro (MG), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Professional training. Health management.*



Introdução

A discussão em torno do papel do gerente de Unidades Básicas de Saúde (UBS) remonta à década de 1990^{1,2}, quando já havia o debate sobre a importância desses atores na implementação da Reforma Sanitária brasileira, com a compreensão de que a forma como os estabelecimentos de saúde são gerenciados implica a produção de modelos de atenção à saúde na perspectiva da micropolítica do processo de trabalho². Em 2012, com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a prática gerencial já havia sido apontada como algo importante para o desenvolvimento de ações sanitárias democráticas e participativas³, porém, é por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual estabelece uma revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB), no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), que o Ministério da Saúde (MS) afirma e recomenda explicitamente a necessidade de um gerente local⁴. No entanto, apesar da recomendação e do reconhecimento da importância de gerentes, percebe-se que nem todos os municípios brasileiros contam com esses profissionais em suas UBS. Além disso, em grande parte dos municípios onde há gerentes nas UBS, eles não têm formação específica para atuar no cargo^{5,6}.

Em relação a esse último aspecto, um estudo recente⁷ mapeou os cursos de gestão em saúde, considerando os diferentes níveis de formação para a qualificação de gestores. O estudo evidenciou que há um direcionamento desses cursos para a área hospitalar, tanto na graduação quanto na pós-graduação e na especialização. Outro aspecto se refere à oferta desses cursos, que ocorre majoritariamente por meio de instituições privadas⁷.

Desde 2016, no sentido de diminuir as lacunas relacionadas com a formação para a gerência dos serviços de Atenção Básica à Saúde e considerando a complexidade que a função de gerente exige, o MS passou a ofertar, em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF), o Curso de Aperfeiçoamento em

Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Este curso, atualmente, encontra-se em sua terceira edição e acontece em inúmeras regiões do Brasil na modalidade semipresencial. O público-alvo são profissionais de saúde com nível superior que possuem atuação na AB exercendo função gerencial, por isso, não são alunos somente, mas profissionais-alunos. O curso tem como um dos seus objetivos instrumentalizar esses profissionais para que possam aprimorar o processo de trabalho das equipes, apoiando a incorporação de ferramentas de gestão da clínica e do cuidado na AB.

Para que esse curso pudesse ser ofertado em diversas regiões do País, foi necessário contar com a presença de tutores, que foram selecionados por meio de um processo seletivo e que, além de experiência em Ensino a Distância (EaD), deveriam, necessariamente, ter atuado em atividades gerenciais no âmbito da AB por, pelo menos, cinco anos, além de possuir pós-graduação em áreas relacionadas com a gestão de políticas públicas ou em saúde coletiva. Os tutores, após seleção, passaram por um processo formativo que aconteceu de forma presencial no município de Niterói/Rio de Janeiro, por meio do qual foi possível discutir a proposta do curso com a equipe pedagógica, aprender sobre o uso de ferramentas que seriam trabalhadas com os profissionais-alunos e construir vínculos, que também se tornaram uma ferramenta de trabalho muito importante. Nesse momento, formaram-se grupos de tutores por região do Brasil, sendo que cada região conta com um coordenador pedagógico da UFF, o qual atua como referência dos tutores.

Na região Sudeste, formaram-se turmas nos estados de Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. No caso de Minas Gerais, o total de alunos selecionados a cada ano tem sido distribuído entre dois ou três tutores, e este relato e reflexão advém do contato com turmas dos anos de 2016, 2017 e 2018 por uma das tutoras desse estado. A cada ano, o grupo foi formado por profissionais-alunos com

perfis diferentes entre si. Enquanto a turma que iniciou o curso em 2016 foi formada basicamente por profissionais de Belo Horizonte, Minas Gerais, e sua Região Metropolitana, a de 2017 teve a sede dos encontros presenciais em Belo Horizonte, porém foi formada predominantemente por profissionais-alunos de municípios do interior do estado. Por sua vez, a turma que iniciou o curso em 2018 foi uma aposta da coordenação nacional em levar a formação para regiões do interior do estado que apresentam poucas ofertas de qualificação profissional, como no caso dos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri por exemplo.

O contato com inúmeros alunos com perfis, procedências e, sobretudo, experiências distintas nos permitiu realizar algumas reflexões sobre o ensinar a ser gerente. Além disso, o acompanhamento das transformações que foram acontecendo nos espaços de trabalho, a partir das ferramentas e reflexões oportunizadas, também subsidiaram as reflexões aqui colocadas. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar e refletir sobre a experiência vivida no processo de ensino da gerência em UBS no estado de Minas Gerais com foco na oferta de ferramentas para o desenvolvimento do trabalho gerencial.

O curso de formação para gerentes de Unidades Básicas de Saúde

A proposta do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado está organizada em três Unidades de Aprendizagem (UA1, 2 e 3) que estão previstas para ocorrer em um período de 24 semanas, com uma carga horária total de 180 horas, distribuídas em 132 horas a distância e em 48 horas de forma presencial. As horas realizadas a distância acontecem via Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), a partir de um *software* desenvolvido pela UFF. As horas presenciais acontecem em três

momentos distintos, sendo um antes do início do curso, outro ao final da UA1 e o último no encerramento. Essas Unidades foram organizadas em três macrocompetências, elencadas como essenciais a um gerente de UBS: gestão do trabalho; gestão de insumos; e gestão de redes. Na discussão de cada macrocompetência, são ofertadas ferramentas que visam à qualificação do trabalho dos gerentes.

O termo ferramenta está sendo utilizado, aqui, como um instrumento que permite que do abstrato seja possível chegar à objetivação, ou seja, permite àquele que dela se utiliza produzir concretude e materialidade em determinadas situações, com a intencionalidade de projetar e operar mudanças e transformações⁸. Assim, pode-se dizer que os saberes de cada profissional fazem parte da sua caixa de ferramentas que, quando utilizadas, geram maiores possibilidades de compreender os problemas e maior capacidade de enfrentá-los de modo adequado⁹.

A UA1, por meio da qual se discute a gestão do trabalho, acontece por um período de 11 semanas, e aborda os seguintes temas: processo de trabalho em saúde e produção do cuidado; gestão compartilhada; gerência e coordenação de grupos; gerenciamento de conflitos.

A gestão de insumos é trabalhada na UA2, com uma duração de três semanas, abordando questões relacionadas com a gestão de materiais; gerenciamento de estoque de materiais de consumo e ambiência nas UBS.

A gestão de redes é abordada na UA3, possui uma duração de dez semanas e aborda as redes de atenção à saúde como possibilidade para o cuidado, projeto terapêutico singular, regulação e planejamento em saúde.

Cada uma dessas UA é composta por um conjunto de aulas, organizadas por intermédio de um *e-book*, disponibilizado no AVA, desde o início do curso. Assim, os profissionais-alunos possuem acesso a todas as aulas e podem utilizá-las para além dos momentos em que estiverem sendo discutidas no AVA, à medida que sentirem interesse ou necessidade, ou ainda perceberem que elas podem auxiliar em processos que estão vivendo no trabalho. Em

cada unidade, existem atividades avaliativas que propõem que as ferramentas discutidas na UA sejam utilizadas nos espaços de trabalho e que se produza uma reflexão a partir dessa experiência, que deve ser sistematizada em uma narrativa. Considerando a problematização como base pedagógica do curso, que se pauta no questionamento, reflexão e intervenção na própria realidade¹⁰, os alunos são convidados a refletir sobre o seu processo de trabalho e, ao mesmo tempo, a construir elementos de melhoria para a qualidade da assistência e do cuidado. Assim, trabalha-se também na perspectiva do desenvolvimento de competências, entendidas como

[...] a capacidade de os indivíduos mobilizarem suas potencialidades de forma integral, pertinente ao seu campo profissional, em contextos diversos, para resolverem um determinado problema¹¹⁽¹²⁵⁾.

Esse processo acontece mediado pelo tutor, com o grupo de profissionais-alunos e com as suas respectivas equipes de trabalho. Os encontros produzidos, tanto em ambiente virtual quanto presencial, dão singularidade ao curso; portanto, daremos destaque ao uso das ferramentas e às experiências vivenciadas neles.

Os encontros virtuais

As UA possuem suas particularidades devido aos diferentes temas abordados, porém a dinâmica de trabalho é semelhante, já que, em todas, os profissionais-alunos são orientados a ler as aulas que são apresentadas em formato de textos didáticos sobre os temas disponíveis no AVA, e que servem como ferramentas disparadoras para reflexão, ou mesmo para que sejam utilizadas em discussões no ambiente de trabalho. A proposta é de que as reflexões produzidas a partir das experiências individuais e do material teórico sejam compartilhadas entre o grupo de profissionais-alunos, levadas aos espaços de trabalho e retornem à plataforma, para serem ressignificadas, em um

processo de aprendizagem cooperativa¹², que exige a capacidade de pensar, de participar e de conviver coletivamente, assumindo responsabilização com o grupo, pelo processo de construção de conhecimento.

Considerando que a maior parte da carga horária do curso acontece pelo AVA, são produzidos diversos encontros virtuais por meio de fóruns semanais, os quais são organizados pelo tutor conforme o ritmo e as características de cada grupo. É importante destacar que, apesar de intitularmos esse item como ‘encontros virtuais’, estes aconteceram de forma assíncrona, ou seja, tratam-se de encontros dos envolvidos com os registros de cada um, seja pelo sentido dado à experiência do outro, seja pelas mediações do tutor, que aproxima as escritas e ajuda na construção compartilhada de conhecimento. Este é o primeiro desafio do tutor: produzir uma mediação em ambiente assíncrono que permita que a troca de experiência, de afecções, de reflexões, seja produtora de um sentido de grupalidade e de construção compartilhada de conhecimento. O aprendizado por meio de ambientes virtuais é algo desafiador, pois exige que os participantes se sintam à vontade no grupo, porém isso não ocorre naturalmente. Nesse ponto, a elaboração de estratégias que facilitem aproximações e propiciem a aglutinação de novas configurações na rede pode contribuir para a formação de vínculos, tornando possível um compartilhamento de mensagens que amplia as perspectivas de democratização do saber¹³.

Para o desenvolvimento da grupalidade, por meio dos encontros em AVA, foi fundamental a autonomia do tutor para conduzir o processo, especialmente por considerar as especificidades de cada grupo. Em locais, como cidades do Vale do Jequitinhonha e do Mucuri, por exemplo, não existe uma formalização do cargo de gerente de UBS, sendo que os profissionais que exercem as funções gerenciais também são responsáveis por funções assistenciais. Essa realidade é encontrada também em outras regiões do País, especialmente em municípios de pequeno porte, onde a gerência tem sido

assumida por profissionais já alocados nas UBS, agregando às funções gerenciais aquelas clínico-assistenciais, sendo que a multiplicidade de tarefas tende a comprometer a efetividade do trabalho de gestão^{5,14}. Assim, parece que há uma dificuldade desses profissionais-alunos se reconhecerem como gerentes e de se perceberem como pares; e, para esses, a interação em AVA demorou um pouco para fluir. Nesse caso, para além das reflexões teóricas que foram produzidas, a mediação teve como um dos focos a construção da identidade do grupo. Esse fato chamou atenção pois, com outros profissionais-alunos de municípios como Belo Horizonte e região metropolitana, onde o cargo de gerente já existe há mais de dez anos e com uma definição mais clara de papéis, a interação entre eles, desde o primeiro fórum, ocorreu focada no processo de trabalho da gerência.

As aulas do *e-book*, disponível no AVA, ofertam inúmeras perguntas problematizadoras, que convidam os profissionais-alunos a discutirem em seus espaços de trabalho, sendo que as experiências vividas a partir dessa discussão também foram temas nos fóruns. São exemplos de questões ofertadas nas aulas do *e-book*:

[...] pense no papel que você costuma desempenhar em situações de conflito na UBS: você exercita os componentes da Comunicação Não Violenta (CNV) no seu cotidiano? Que tal apresentar os princípios da CNV a sua equipe e depois compartilhar suas impressões com seus colegas de turma no Fórum da UA 1?¹⁵⁽⁴⁸⁾.

Diante disso, é possível perceber que cabe ao tutor tanto mediar a discussão internamente no fórum quanto incentivar que as reflexões cheguem às equipes de trabalho dos profissionais-alunos. Todavia, é importante propiciar uma constante reflexão, a partir das vivências com as respectivas equipes de trabalho, de forma que retornem aos fóruns e sejam, assim, compartilhadas com os colegas do curso, que passam a ressignificar coletivamente a experiência vivida. Trata-se de um movimento que

permite pensar o trabalho como espaço de formação, já que impulsiona os profissionais a pensar e a agir no mundo¹⁶. Dessa maneira, é possível se construir uma prática pedagógica que auxilie aos profissionais-alunos a buscarem novos significados a partir do que acontece no seu cotidiano de trabalho, mas também discutindo novas perspectivas de abordagem aos problemas que são identificados, a partir das ferramentas apresentadas.

O compartilhar de experiências no fórum extrapolou os limites das ofertas conceituais e representou um dispositivo para o fortalecimento da grupalidade. Como exemplo, têm-se as dificuldades encontradas por diversos profissionais, principalmente das cidades do interior do estado, quando da mudança da gestão municipal. Como o curso, geralmente, inicia-se nos meses de outubro ou novembro de cada ano, as poses de prefeitos, no início de 2017, aconteceram quando o curso estava em pleno desenvolvimento. Essa transição de governos produziu impacto no ambiente de trabalho de alguns dos profissionais-alunos, inclusive porque muitos deles foram demitidos; e, durante esse período, foi possível perceber uma tensão em suas falas durante os fóruns, que refletiam o momento de instabilidade em que viviam.

Apesar de, nesse momento, esperar-se uma diminuição das discussões, os fóruns tiveram um papel fundamental, pois se tornaram uma possibilidade protegida de lugar de encontro para compartilhamento de sentimentos, como medo ou sensação de perseguição, e de construção de soluções. Assim, o que se viu foi o fortalecimento do vínculo e apoio entre os colegas, inclusive alguns incentivando os outros a permanecerem no curso e indicando oportunidades de trabalho. Produziu-se, assim, uma rede de agenciamentos de trabalho.

Por conseguinte, os encontros que se produziram em ambiente virtual tiveram uma dimensão de produção e compartilhamento de conhecimentos e de construção de vínculo, que se fortaleceram a partir dos encontros presenciais, conforme relatado a seguir.

Os encontros presenciais

Houve três encontros presenciais para cada uma das três turmas. Esses propiciaram de maneira substancial algumas reflexões no processo de ensino aprendizagem aqui apontado. Tais encontros permitiram um contato próximo com os profissionais-alunos, uma vez que esses ocorrem, geralmente, em dois dias consecutivos com carga horária de 8 horas em cada dia. No desenvolvimento dos encontros presenciais, foram utilizadas estratégias, como dinâmicas de grupo, que permitiram a reflexão e aprendizado sobre o ser gerente e, ao mesmo tempo, deram fluidez a esse momento. Tais estratégias foram pensadas na perspectiva de propiciar um processo de construção de aprendizagem coletivo, com estímulo à capacidade criadora e ao trabalho em equipe, entendendo que esses elementos são importantes no desenvolvimento psíquico e intelectual dos envolvidos¹⁷. Assim, daremos ênfase às atividades desenvolvidas que demonstraram impacto na transformação de práticas e possibilitaram que esses encontros ocorressem de forma mais leve.

Para a organização dos encontros, são oferecidas diretrizes gerais pela coordenação do curso, no caso, pelos docentes da UFF, os quais indicam os assuntos que devem ser abordados em cada um deles. Entretanto, é delegado aos tutores construir um espaço de ensino-aprendizagem que dê leveza ao trabalho que será desenvolvido, utilizando ferramentas do seu próprio arcabouço, que dialoguem com a proposta do curso e ajudem a produzir sentido no aprendizado a partir da experiência e das sensações produzidas em cada UA. Essa forma de conduzir o processo, além de criar uma corresponsabilização pelo andamento do curso, oportuniza a construção subjetiva em cada um dos encontros. Assim, com a autonomia dos tutores tanto para conduzir as discussões nos encontros virtuais como para a organização dos encontros presenciais, o curso se torna mais personalizado e, de certa forma, mais ajustado às diferentes realidades.

O primeiro encontro presencial acontece, geralmente, antes do início do curso e no local de melhor acesso ao grupo. Nesse momento, o curso, sua plataforma, a dinâmicas das atividades com suas ferramentas e o sistema de avaliação são apresentados aos profissionais-alunos. É também nesse encontro que o grupo se conhece e conversa sobre as suas expectativas. O momento de apresentação pode ser considerado como crucial para criação de vínculo entre tutora e profissionais-alunos e deles próprios entre si. Além disso, esse momento tem demonstrado ser um estímulo a todos para se envolverem e se comprometerem com as atividades ao longo do curso.

Em cada uma das turmas, foram utilizadas estratégias diferentes de apresentação. Assim, se, em um primeiro momento, a preocupação era com a apresentação dos nomes dos participantes, sua procedência e expectativa em relação ao curso, posteriormente, percebeu-se a necessidade em trazer para esse momento uma reflexão sobre o impacto das diferenças culturais na construção do trabalho em equipe. Ter sensibilidade para perceber as diferenças de cada turma foi algo importante para a reflexão sobre como lidar e aprender com as diferenças de cada pessoa, entendendo que os grupos e os espaços de trabalhos não são homogêneos. Pelo contrário, são formados por indivíduos com diferenças sociais e culturais que, por sua vez, interferem nas suas escolhas, nos seus processos de tomada de decisões e na maneira como se relacionam com outras pessoas.

Pensando nisso, para a turma que ingressou em 2018, a apresentação foi realizada por meio de uma dinâmica, em que se utilizou um rolo de barbante. Para a sua realização, o grupo se organizou em círculo, e a primeira pessoa a se apresentar deveria segurar o rolo de barbante, dizer o seu nome e suas expectativas em relação ao curso e, então, segurar a ponta do rolo de barbante e lançá-lo para algum outro participante. Ao receber o rolo de barbante, essa pessoa deveria repetir o que fez o primeiro participante e assim sucessivamente. Após todas as apresentações e como todos

estavam segurando uma das pontas do barbante nas mãos, foi possível visualizar uma rede. Em seguida, essa rede foi colocada no chão e se transformou em um mapa abstrato, no qual as pessoas tinham que apontar as regiões do País ou do estado de forma a alocar com papéis coloridos os locais por onde cada um já havia morado. Para isso, todos deviam conversar entre si de forma a se ter uma coerência de localizações no mapa. Essa dinâmica permitiu o início do diálogo sobre trabalho em grupo, em que as pessoas presentes pudessem se sensibilizar com a diversidade social e cultural de cada integrante. Foi possível pensar também como as relações acontecem nos espaços de trabalho, já que esses podem ser compostos por pessoas com diferentes histórias, percursos, compreensões sobre os mesmos assuntos, que também geram posturas e posicionamentos diversos.

A partir dessa dinâmica inicial, as expectativas apresentadas pelos profissionais-alunos era de que, com o curso, poderiam aprender a lidar com os problemas existentes nos respectivos ambientes de trabalho que, para alguns, estavam relacionados com as diferenças existentes entre os membros da equipe. Dessa forma, foi necessário pensar em estratégias que pudessem fazer com que os alunos percebessem as diferenças entre eles e que, ao mesmo tempo, oportunizasse a discussão sobre conflitos, começando a percebê-los como oportunidades de aprendizagem e entendendo que estes, quando adequadamente gerenciados, podem representar oportunidades de diálogo, restauração de relações e colaboração¹⁵. Esse tema perpassou grande parte dos encontros presenciais e esteve presente em todos os grupos. Assim, foi importante trabalhar utilizando-se atividades manuais e danças de roda que pudessem simular situações caóticas ou inesperadas. A partir dessas, iniciaram-se conversas sobre as sensações causadas pelo inusitado, imprevisível, de forma a enxergá-las como possibilidade de se produzir o novo ou o diferente. Uma dessas atividades foi a construção de um origami.

Essa atividade consistiu em realizar dobras

a partir de um pedaço de papel quadrado de diferentes cores. Cada pedaço de papel foi entregue a cada profissional-aluno; e, em seguida, foram orientados sobre as dobraduras necessárias para chegar ao resultado esperado. Desse modo, eles deveriam dobrar o papel em linha reta, alinhar as suas pontas e, por fim, desfazer as arestas do papel. Essa atividade, aparentemente simples, exigiu dos participantes um esforço muito intenso, pois foram desafiados em suas habilidades e precisaram se dedicar a resolver uma situação inesperada. Nesse momento, foi possível perceber tensão, irritação e ansiedade. Alguns participantes tiveram muita dificuldade, outros menos, de forma que uns auxiliaram os outros; e, ao final, surgiu uma peça que parecia não fazer nenhum sentido para eles. Então, chegou-se à proposta de encaixar as peças de todo o grupo, algo que exigiu de todos muita atenção, cuidado e paciência. Ao final, o grupo produziu um origami inesperado e bonito, admirado por todos os presentes.

A partir dessa atividade, houve a reflexão sobre a importância do trabalho em equipe, sobre o temor que, às vezes, sentimos pelo imprevisível, pelo diferente; e como isso pode representar uma abertura para as transformações, especialmente se houver pares que estejam dispostos a incentivar uns aos outros nos momentos difíceis. Diante disso, podemos afirmar como as dinâmicas de grupo – por serem pautadas em atividades que permitem aos participantes fazer analogias, associações e transferências – oportunizam simultaneamente reflexões que se extrapolam à prática profissional¹⁷.

Em relação à utilização das ferramentas para o trabalho dos gerentes, um destaque, quando da realização do primeiro encontro presencial, foi o trabalho com as ferramentas disponibilizadas na UA1, que discutem gestão do trabalho, tais como o Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho e os Processos Circulares.

O Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho é uma representação gráfica de todas

as etapas das atividades desenvolvidas na UBS, a partir do percurso terapêutico feito pelo usuário¹⁸, permitindo que as equipes identifiquem problemas e produzam questionamentos sobre seu processo de trabalho, de forma a analisá-lo. Os Processos Circulares, por sua vez, representam uma ferramenta para a construção do diálogo e podem apoiar o gerente no gerenciamento de situações conflituosas envolvendo grupos¹⁵.

Em relação à abordagem ao Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho, em todas as turmas, os profissionais-alunos foram divididos em grupos de, em média, seis alunos, para discutir dois casos relacionados com o percurso terapêutico de duas mulheres que buscaram atenção à saúde desde a gestação até o puerpério. Um dos casos enfatizava o sucesso de uma das mulheres ao buscar os serviços de saúde para atender às suas demandas. O outro apontava as dificuldades encontradas por uma mulher ao buscar atendimentos desde a UBS até o hospital. A ideia era de que os profissionais-alunos pudessem perceber os nós críticos do processo de trabalho dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, a partir deles, pensar nas possibilidades de mudanças. Após discussão interna de cada grupo, as reflexões foram compartilhadas com todo o grupo. A partir dessa vivência, foi proposto que cada participante realizasse, na sua equipe, a análise do seu processo de trabalho utilizando da ferramenta Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho, e que relatasse, através da construção de uma narrativa, como se deu esse processo. Essa narrativa corresponderia à atividade avaliativa 1.

Uma dificuldade que apareceu em relação ao Fluxograma Descritor do Processo de trabalho foi o fato de ter dado margem para alguns profissionais-alunos, especialmente os enfermeiros, pensarem na ferramenta como uma forma de prescrever fluxos e determinar regras, em detrimento da construção coletiva da análise sobre seu próprio processo de trabalho. Isso sugere um certo engessamento que a palavra 'fluxograma' pode representar,

já que pode ser entendida como algo estático, em que alguém deve ditar como o trabalho deve ser feito. Essa percepção possibilitou que fossem pensadas estratégias, para as turmas seguintes, que deslocassem o foco da palavra 'fluxograma', para analisar o itinerário percorrido pelo usuário dentro do serviço. Assim, foi possível analisar o fluxo dos serviços a partir do caminho percorrido pelo usuário, identificando os nós críticos que foram aparecendo nesse processo.

Ainda no primeiro encontro, no sentido de identificar nós críticos do processo de trabalho e fazê-lo de forma coletiva para também construir alternativas compartilhadas para os problemas identificados, foram ofertadas outras ferramentas, como os Processos Circulares. Esses são considerados como importantes ferramentas para ampliação do diálogo na construção do trabalho em equipe¹⁵ e podem ser realizados para debater diversos temas, como, por exemplo, identificação de problemas na equipe, alcance de metas, avaliação do trabalho, entre outras. Essa ferramenta foi utilizada em todas as UA, sendo considerada por todos os envolvidos como aquela que mais propiciou transformações nos espaços de trabalho.

Quando se realiza um Processo Circular, é necessário que todos estejam em círculo e que haja um objeto, no centro da roda, simbolicamente importante para o grupo¹⁵. É necessário também pactuar um tempo de fala por pessoa, sendo que ele é controlado por alguém do grupo. Quando está com a palavra, a pessoa deve segurar um outro objeto chamado de 'bastão da fala', um objeto que também, preferencialmente, faça algum sentido para o grupo. O 'bastão da fala' deve passar por todos e, apenas quem o está segurando possui direito a fala. Enquanto uma pessoa encontra-se com o 'bastão da fala', as demais devem ouvir e respeitar o momento daquela que o possui, mesmo que não concordem ou que tenham contribuições a fazer. Somente estarão autorizadas a falar quando estiverem segurando o bastão. Essa ferramenta foi apelidada carinhosamente como o 'bastão da fala'. Segundo

os profissionais-alunos, essa ferramenta tem sido utilizada nos seus ambientes de trabalho, como nas reuniões de equipe, permitindo que todos possam se expressar, permitindo um maior compartilhamento nas decisões.

Em relação ao segundo encontro presencial, que acontece no meio do curso, este tem uma importância fundamental, pois é quando o grupo se reencontra após ter construído uma relação virtual pelo AVA, a partir das trocas de experiências, sentimentos, percepções, de apoio às dificuldades e às frustrações. Também é um espaço no qual é proposto resgatar o que foi produzido na UA1, trabalhar a ferramenta de gestão de materiais propostas para a UA2, e ainda introduzir a UA3, já que o último encontro acontece apenas ao final do curso, momento em que as narrativas finais são apresentadas.

Algo que se destacou, nesse segundo encontro presencial nas três turmas, foi a discussão do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa ferramenta envolve a organização de um conjunto de condutas terapêuticas discutida por uma equipe interdisciplinar com participação do público-alvo dessas condutas¹⁹. Para trabalhar com o PTS, é imprescindível que haja uma abertura da equipe visando à compreensão da necessidade de organizar o cuidado de forma articulada e participativa¹⁵. Para iniciar essa discussão, o grupo assistiu a um vídeo que representa a atuação de uma equipe de Saúde da Família diante de um problema de saúde de um usuário do serviço. No vídeo, percebeu-se como a equipe aborda e problematiza o caso com o usuário do serviço e com sua família de forma a lidar melhor com seu problema de saúde. Além do vídeo, os profissionais-alunos leram um texto, que apresentava a narrativa da abordagem de uma família pela equipe de saúde, a partir do qual puderam discutir e problematizar algumas questões, quais sejam: como o usuário pode ser um agente ativo na produção do cuidado e de sua própria saúde? Quais os meios de ampliar a escuta feita pela equipe? Como fazer com que a complexidade da vida do usuário permita aos trabalhadores

uma compreensão dos sofrimentos para além do processo saúde-doença?

Esses questionamentos produziram um debate caloroso em torno de diferentes entendimentos relacionados com as estratégias de cuidado prestadas pelas equipes de saúde. A partir da discussão, foi proposta como atividade de dispersão a construção de um PTS nas respectivas equipes de trabalho, com a coparticipação dos sujeitos envolvidos nas decisões relacionadas com o seu processo saúde-doença-cuidado. As reflexões sobre essa atividade se materializaram em uma narrativa, que representa uma das atividades avaliativas do curso. Praticamente em todas as narrativas sobre o PTS foram abordados casos que já eram caracterizados como complexos pelas equipes e que geravam uma sensação de impotência e frustração, especialmente por, geralmente, tratar-se de pessoas que se negavam a 'cumprir' as prescrições feitas pela equipe. A partir da construção do PTS, outras formas de produção de cuidado começaram a ser pensadas, especialmente iniciando um processo de trazer o usuário para o centro da atenção à saúde, de forma a considerar seus desejos, planos de felicidade e motivações, compreendendo que os desejos aglutinam uma enorme quantidade de energia vital e podem ser extremamente terapêuticos¹⁹. O envolvimento do usuário nas decisões sobre sua própria saúde e projeto de vida é algo que se tornou um aprendizado importante para todos.

O terceiro encontro presencial acontece ao final do curso e é um momento destinado ao compartilhamento das narrativas produzidas pelos profissionais-alunos entre si. As narrativas são instrumentos que possibilitam aos alunos relatarem algumas experiências vividas, de forma a permitir a construção de uma postura crítico-reflexiva, já que os aspectos teóricos, geralmente, são confrontados com a realidade vivenciada. Trata-se também de um momento, em que os alunos conseguem refletir sobre suas atividades diárias, sobre conceitos aprendidos, por isso, as narrativas possuem um potencial de transformação da prática²⁰⁻²².

Apesar das narrativas serem realizadas como atividade transversal ao longo de todo o curso, como atividade final, ela tem a função de apontar como as ferramentas aprendidas e utilizadas fizeram sentido no ambiente de trabalho. Foi possível observar que, no início do curso, a maior parte das narrativas apresentava um enfoque descritivo e resumido sobre como os encontros presenciais e virtuais tinham ocorrido. Foi necessário estímulo constante da tutora para que os profissionais-alunos pudessem escrever e refletir sobre a experiência vivenciada. Para eles, tratou-se de um exercício complexo, sendo que muitos relataram dificuldades em expressar seus questionamentos ante a realidade vivenciada no curso e nos respectivos serviços de saúde, articulando-a aos referenciais teóricos. Percebemos, a partir da construção da narrativa final, que o processo de escrita foi algo desafiador para os profissionais-alunos, mas com potencial importante para permitir uma reflexão da prática cotidiana.

Isso pôde ser evidenciado quando da apresentação das narrativas finais, que se mostrou um momento muito especial para todos os grupos. Como critério de apresentação, os profissionais-alunos deveriam ser criativos para mostrarem as suas afecções aos demais participantes. Dessa forma, utilizaram o conteúdo das narrativas para produzir músicas, teatros, vídeos e cartazes que refletiam o aprendizado de cada um, destacando as transformações que ocorreram nos respectivos serviços de saúde ao longo dos seis meses de curso. Entre as turmas de 2016 e 2017, que já concluíram o curso, os principais assuntos escolhidos para a construção das narrativas finais foram o Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho, os Processo Circular e o PTS, o que nos faz acreditar que essas ferramentas foram consideradas como as que mais auxiliam no desenvolvimento de competências para a prática gerencial. Todas as narrativas demonstraram ainda um envolvimento singular das equipes, indicando que elas vivenciaram o processo de forma coletiva.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Considerações finais

As experiências e as reflexões aqui relatadas a partir do processo de ensino da gerência em UBS tiveram como foco a oferta de ferramentas para o desenvolvimento do trabalho gerencial. Foi possível perceber que os temas e as ferramentas utilizadas, ao longo das três turmas formadas pelos profissionais que atuam no estado de Minas Gerais, permitiram reflexões sobre o processo de trabalho em todos os envolvidos. As ferramentas parecem ter sido pertinentes à realidade dos profissionais-alunos que, por meio das narrativas, demonstraram a apropriação delas, a partir do sentido que deram ao conhecimento produzido, levando-as aos diversos espaços nos quais atuam.

Foi possível perceber, porém, que essa apropriação não se deu de forma simples e natural, já que exigiu de todos um esforço de repensar como vivenciam o próprio trabalho na UBS. Dessa maneira, eles vivenciaram conflitos diversos tanto nos encontros virtuais e presenciais, quanto nos próprios ambientes de trabalho. Isso demonstra a potência das ferramentas para a reflexão de nossas posições e do processo de trabalho em equipe, já que nos permite construir novos olhares sobre os nossos ambientes de trabalho. Assim, o desenvolvimento e o uso de ferramentas gerenciais nesse curso parecem ser fundamentais para a qualificação da gerência de UBS.

Colaboradores

Pertile KC (0000-0002-0286-3171)* e Hemmi APA (0000-0003-3513-9523)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. Miranda CZ (0000-0003-1889-5845)* e Santos FF (0000-0003-3823-2416)* contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 29-87.
2. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 1999 [acesso 2019 fev 14]; 4(2):305-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=en&nrm=iso.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. 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.* 22 Set 2017.
5. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica.* 2018; 42:e175.
6. Deus AD, Melo EM. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. *Saúde debate.* Rio de Janeiro. 2015; 39(106):601-615.
7. Cunha MLS, Hortale VA. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso 2018 dez 13]; 41(113):425-440. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017v41n113/425-440/pt/>.
8. Educação Permanente em Saúde em Movimento [internet]. Refletindo sobre ferramentas analisadoras [acesso 2019 jan 5]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/refletindo-sobre-ferramentas-analisadoras>.
9. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
10. Berbel NAN. Metodologia da Problematização no Ensino Superior e sua contribuição para o plano da praxis. Londrina: Semina; 1996.
11. Ribeiro VMB, Ciuffo RS. Sistema Único de Saúde e a Formação dos Médicos: um diálogo possível? *Interface comun saúde educ.* 2008; 12(24):125-140.
12. Scherer S, Brito GDS. Educação a distância: possibilidades e desafios para a aprendizagem cooperativa em ambientes virtuais de aprendizagem. *Educ rev* [internet]. 2014 [acesso 2019 maio 18]; (esp4):53-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602014000800053&lng=en&nrm=iso.
13. Maciel IM. Educação a distância. Ambiente virtual: construindo significados. *Boletim Técnico do SENAC.* 2018; 28(3):38-45.
14. Ohira RHF, Cordoni Junior L, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(2):393-400
15. Abraão AL, Cardoso A, Cordeiro B, et al. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Niterói: CEAD-UFF; 2016.
16. Merhy EE. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção social da demanda.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Abrasco; 2005. p. 195-206.
17. Alberti TF, Abegg I, Costa MRJ, et al. Dinâmicas de grupo orientadas pelas atividades de estudo: desenvolvimento de habilidades e competências na educação profissional. *Rev Bras Estud Pedagog* [in-

- ternet]. Brasília, DF. 2014 [acesso 2019 maio 18]; 95(240):346-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812014000200006&lng=en&nrm=iso.
18. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: Merhy EE. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Série B. Textos Básicos de Saúde.
 20. Ordaz O. O uso das narrativas como fonte de conhecimento em enfermagem. *Pensar enfermagem*. 2011; 15(1):70-87.
 21. Fortuna CM, Gonçalves MFC, Silva MAI, et al. A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. *Rev Escola Enferm. USP*. 2012; 46(2):452-459.
 22. Oliveira RMA. Narrativas: contribuições para a formação de professores, para as práticas pedagógicas e para a pesquisa em educação. *Rev Educ Pública*. 2012; 20(43):289-305.
-
- Recebido em 17/02/2019
Aprovado em 23/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O Processo Circular enquanto ferramenta para a gestão de conflitos em uma Unidade Básica de Saúde

The Circular Process as a tool for conflict management in a Basic Health Unit

Glebson Moura Silva¹, Deise Patrícia Freitas de Oliveira Carvalho², Deborah Brandão de Melo²

DOI: 10.1590/0103-11042019S612

RESUMO Este estudo objetivou relatar a condução de um Processo Circular como mediação para resolução de conflitos entre os profissionais vinculados a uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior sergipano. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que buscou descrever a aplicabilidade do Processo Circular enquanto ferramenta para resolução de conflitos em uma equipe multiprofissional. Os resultados evidenciaram que as práticas restaurativas devem ser implementadas rotineiramente, pois apresentam sucesso não apenas para mediar conflitos, mas para preveni-los; após a efetivação do primeiro círculo, surgiram colaboradores com perfil conciliador entre os colegas; o Processo Circular forneceu ferramentas eficazes para a conciliação, motivação e mudança de postura entre os envolvidos; os processos de trabalho passaram a ser avaliados com uso do círculo por favorecer a escuta empática e a promoção de cultura da paz; essa ferramenta permitiu aos sujeitos se conscientizarem de suas próprias emoções e posturas, refletindo positivamente no espaço de trabalho e na produção do cuidado. Dessa forma, os Processos Circulares se constituem em um meio adequado para a resolução de conflitos interpessoais, visto que favorece o diálogo entre as pessoas por busca de alternativas de soluções.

PALAVRAS-CHAVE Organização e administração. Relações interpessoais. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This research aimed to report the mediation of conflicts between professionals linked to a Basic Health Unit in a city in the state of Sergipe. A descriptive study of the experience report type that sought to describe the applicability of the Circular Process as a form of conflict resolution with a multi-professional team. The results showed that restorative practices should be routinely implemented, because they are successful not only to mediate conflicts, but also to prevent them; after the first circle was held, there were collaborators with a conciliatory profile among the colleagues; the Circular Process provided an effective way to reconcile, motivate, and promote a change of attitude among those involved; the work processes began to be evaluated with the use of the circle to favor the empathic listening and the promotion of a culture of peace; this process allowed the subjects to perceive their own emotions and postures, reflecting positively in the work environment and in people's care. That way, it is demonstrated that the Circular Processes can offer an adequate means for the resolution of interpersonal conflicts, once it promotes the dialogue between people in search of alternative solutions.*

KEYWORDS *Organization and administration. Interpersonal relations. Primary Health Care.*

¹Universidade Federal de Sergipe (UFS) - São Cristóvão (SE), Brasil. glebsonmoura@yahoo.com.br

²Secretaria Municipal de Saúde - Frei Paulo (SE), Brasil.



Introdução

As pessoas são seres singulares e complexos que nem sempre compartilham os mesmos objetivos, interesses e necessidades. São essas diferenças que, muitas vezes, resultam em alguma espécie de conflito, que pode ser considerado inerente às relações humanas e praticamente inevitáveis.

[...] O conflito ocorre quando uma das partes percebe que a outra parte afeta, ou pode afetar, negativamente, alguma coisa que a primeira considera importante¹⁽¹⁸⁵⁾.

Quando o conflito ocorre no ambiente de trabalho, normalmente está relacionado com o convívio entre pessoas com personalidades, valores e interesses diferentes. No caso específico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pertencente ao serviço público municipal, essa situação é acentuada por questões político-partidárias e/ou tipo de vínculo de trabalho, por meio de concursos públicos ou contratos temporários.

Surge, então, a necessidade de gerir o conflito que “[...] consiste na tentativa de conciliar grupos com interesses, valores, recursos e intenções eventualmente contraditórias ou antagônicas”²⁽²³³⁾. Ademais, nos serviços públicos de saúde, frisa-se a notória necessidade dos gestores se apropriarem de ferramentas adequadas para mediar e resolver os conflitos que se apresentam, uma vez que é um espaço de trabalho com seres humanos; e a forma como os gestores costumam lidar com as situações de conflitos pode ser determinante para o seu desfecho.

Em busca de alternativas para resolução dessas contendas, emergem os Processos Circulares (PC) ou círculos restaurativos, baseados no controle, no apoio, no respeito e na cooperação, por meio do uso do diálogo e da escuta empática para restaurar o convívio social, de modo a possibilitar o fortalecimento de valores éticos e morais³. Afinal, nessa prática, não há distinção entre vítima, ofensor

ou comunidade, pelo contrário, todos assumem uma posição privilegiada no diálogo⁴.

Essa modalidade de resolução de conflitos é originária dos rituais nativos americanos que, ao desenvolver os círculos, abriam espaço para as falas dos participantes. Para garantir respeito e ordem a esse momento sagrado, usava-se uma pena de águia que era passada de pessoa para pessoa para designar de quem era a vez de falar, e assim chegar a eventual solução do problema⁵.

Entender o ambiente de trabalho como uma instituição apta a uma atenção integral e interprofissional a todos os usuários dos serviços de saúde exige do gestor muito mais que explicitar as normas de comportamentos baseadas em decisões unilaterais e autoritárias, mas atentar à desordem enquanto um desafio a ser superado, haja vista que negligenciar essa realidade é afetar decisivamente a produção do cuidado em saúde.

Diante disso, o presente artigo propõe abordar o conflito em uma instituição pública de saúde mediado pelo PC enquanto estratégia para resolução desse embate, visando à participação, à sensibilização e à conscientização de todos os envolvidos. Acredita-se que os problemas no ambiente de trabalho devam ser conhecidos, reconhecidos e trabalhados de forma orientada e contextualizada na perspectiva social, relacional e ética.

O objetivo do estudo, portanto, foi relatar a experiência dos autores na condução de um PC enquanto mediação para resolução de conflitos entre profissionais de saúde, vinculados a uma UBS de um município do interior sergipano.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em que se buscou descrever a aplicabilidade do PC enquanto ferramenta para resolução de conflitos em uma equipe multiprofissional vinculada a uma UBS de um município do interior sergipano.

Com uma Extensão Territorial de 406,8 km², o município em questão apresenta uma

estimativa populacional de 15.349 habitantes⁶. Conta com seis estabelecimentos de saúde na sua rede física de serviços próprios, sendo cinco Unidades de Saúde da Família e um hospital de pequeno porte com atendimentos de urgência e ambulatorial. Os atendimentos de maior complexidade e os casos de obstetrícia são referenciados para a rede assistencial no polo regional.

A UBS foco do estudo está localizada na zona rural do município, com uma população adscrita de aproximadamente 2 mil habitantes. A comunidade encontra-se localizada à margem de uma BR, a cerca de 14 km de distância do centro urbano do município. A população local, quase que na sua totalidade, tem a UBS como principal acesso às políticas e aos programas de saúde. A equipe é composta por: uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um médico vinculado ao Programa Mais Médicos, um atendente, sete Agentes Comunitários de Saúde, dois vigias, um auxiliar de serviços gerais e um pediatra.

O instrumento utilizado para condução do PC foi baseado em um roteiro ofertado como guia orientador vinculado ao Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado⁷ e nas Diretrizes para a Formação dos Círculos Restaurativos propostas por Pranis⁸, com atenção à formação do pré-círculo, círculo e pós-círculo, enfatizando que as perguntas realizadas devem orientar a sequência do círculo e promover o diálogo e compreensão da comunicação entre todos.

Dessa forma, o instrumento foi composto pelas seguintes etapas: 1) Explicou-se o que seria o PC ou Círculos de Construção de Paz; 2) Todos foram convidados para experimentar a roda nos moldes dos círculos de paz; 3) O espaço em roda foi organizado, situando no seu centro o bastão da fala (o objeto utilizado foi uma pasta-família padrão utilizada cotidianamente na unidade); 4) Os participantes foram convidados para o círculo, previamente informados sobre o dia, local e horário; 5) A

enfermeira e gerente da UBS se identificou como a guardiã do círculo (pessoa de referência para organizar o círculo e conduzir sua operacionalização); 6) Na Cerimônia de Abertura, foram dados os cumprimentos e esclarecimentos iniciais, expondo os objetivos do círculo e a função do bastão da fala; 7) Os participantes foram convidados a manifestarem pensamentos e sentimentos por meio da seguinte pergunta pré-selecionada: como quero ser tratado pelos colegas? Então o bastão foi passado de mão em mão, em sentido horário. O participante que não quis falar passou o bastão em silêncio. Quem estava com o bastão teve o direito de se expressar, e todos os demais o escutaram atentamente, sem interrupções. Apenas a guardiã precisou interromper uma única vez para enfatizar a importância da escuta atenta, em decorrência de alguns ruídos na comunicação que apareceram durante o processo.

O círculo durou aproximadamente 90 minutos, ao final, foi feita uma rodada de avaliação entre todos, em um ambiente muito mais favorável do que no momento do pré-círculo. No encerramento, a facilitadora ou guardiã apresentou um resumo do processo, expondo o propósito e as principais conclusões para os integrantes, assim como apontou a importância da qualidade do atendimento para a promoção da saúde dos usuários, seguindo-se uma breve confraternização entre todos os membros da equipe.

Assim, com essa descrição, não se pretende realizar julgamentos sobre as intencionalidades das pessoas, mas constituir significados à situação de conflito vivenciada, ao trazer à compreensão o contexto de condução e resolução deste, conectando tais fatos com a realidade exposta e atividades desenvolvidas.

Resultados e discussão

O conflito que deu origem ao relato foi de ordem interpessoal, pois ocorreu entre os funcionários de uma UBS em decorrência do

preenchimento incorreto de prontuários dos usuários do serviço. Estes, costumam estar organizados em pastas-família; e, a cada atendimento realizado pelo médico, enfermeira ou odontólogo, o prontuário era utilizado para registro das informações, assim como para anotação de procedimentos ofertados na UBS, como curativos, testes rápidos, nebulizações, administração de medicamentos e vacinas.

A situação conflitante surgiu quando um dos profissionais da unidade não aceitou a anotação, referente a uma evolução no prontuário, do outro profissional de saúde por considerá-la errônea e incompleta. A partir desse momento, toda a equipe foi envolvida, pois começaram a se posicionar e a emitir juízo de valor perante a questão que originou a contenda. A cena original entre os dois profissionais ocorreu na recepção do ambiente de trabalho, na presença dos usuários e de demais colegas, ocasionando constrangimento, prejudicando o relacionamento entre os colaboradores e a imagem do serviço ante a população assistida.

Diante da situação, a enfermeira e gerente da UBS propôs realizar um PC a fim de entender e buscar soluções ao problema identificado. Os profissionais da equipe de saúde foram convidados a experienciar o processo nos moldes dos círculos da paz, no qual as pessoas se colocaram dispostas em roda e foi situado no centro deste círculo um objeto denominado de bastão da fala – algo representativo, que tenha algum significado ou familiaridade para os participantes. A enfermeira assumiu a função de facilitadora/mediadora/guardiã, papel no qual é designada a função de organizar o fluxo das falas dos participantes, manter a escuta sem interrupções, facilitar a receptividade entre os envolvidos e sintetizar os resultados advindos dos discursos.

Ao iniciar a vivência em círculo, ela cumpriu e esclareceu os pontos iniciais, expondo os objetivos do círculo e a função do bastão da fala. Também fez uso de um vídeo que apresentava a importância da boa relação no local de trabalho e a importância da ética nos serviços de saúde.

Como pergunta disparadora, foi utilizada a frase: ‘Como quero ser tratado pelos colegas?’. Após essa reflexão, os participantes manifestaram seus pensamentos e sentimentos por meio de perguntas pré-selecionadas, conectadas com a questão disparadora, a saber:

- ‘Como posso melhorar meu desempenho?’
- ‘Como ajudar o colega a melhorar seu desempenho?’
- ‘Eu também erro?’
- ‘Posso fazer tudo sozinho?’
- ‘Como posso ajudar a melhorar o ambiente de trabalho?’
- ‘Como devem agir comigo quando eu erro?’

O bastão passou de mão em mão, em sentido horário, sempre em círculo. O bastão aqui em destaque foi uma pasta-família utilizada cotidianamente pelos profissionais da UBS com a função de receptáculo dos prontuários. Inicialmente, os envolvidos apresentaram certo desconforto e timidez por ser o primeiro contato com a ferramenta, porém, no decorrer da atividade, foram se apropriando e apresentaram uma maior aceitação e comprometimento com o processo.

Houve algumas interrupções pela facilitadora em decorrência do aparecimento de ruídos/conversas paralelas na comunicação do grupo, porém ela buscou a todo momento manter o direito do portador do bastão, informando aos envolvidos sobre a importância da escuta. No decorrer do processo, todos chegaram ao consenso da relevância do bom relacionamento, da ética no local de trabalho e no tratamento cordial entre colegas de trabalho com o uso da comunicação não violenta.

Dessa forma, ao finalizar o círculo, foi feita uma rodada de avaliação entre todos, deixando notória a diferença do ambiente antes e depois do PC efetivado, em que o sentimento

de cooperação e pertencimento foram aflorados. No encerramento, a guardiã apresentou um resumo do processo, expondo o propósito e o resultados do círculo para os integrantes, refletindo acerca da importância da convivência pacífica e da qualidade do atendimento para a promoção da saúde dos usuários, enfatizando que o trabalho na perspectiva do usuário-centrado é a diretriz para um trabalho com qualidade. Tudo foi finalizado com uma cerimônia de confraternização para estreitamento de vínculos entre as pessoas.

A situação aqui exposta só reforça a importância do bom relacionamento interpessoal no local de trabalho, uma vez que os conflitos no nível interpessoal são os que mais alteram a dinâmica do ambiente de trabalho, pois podem gerar sentimentos que causam instabilidade, desconforto, falta de cooperação, desconfiança, tensão e constrangimento entre indivíduos ou grupos⁷.

Nessa perspectiva, surge a necessidade de mediar o conflito, entendida enquanto uma possibilidade para a coesão entre os atores sociais envolvidos⁹. Para o autor, a mediação poderá evitar a exclusão, muitas vezes favorecida por questões de foro íntimo. Por isso, é necessário se desprender dos preconceitos ou julgamentos sobre o conflito, ouvindo os envolvidos e suas visões antagônicas sobre o acontecimento. Essa oportunidade de diálogo tende a facilitar o entendimento das diversas partes e interpretações em torno de um fato social contraditório. Circunstância que converge para a necessária relação com

a mediação de conflitos no trabalho em saúde, ao propor a compreensão, a aceitação da diversidade e o diálogo; adquire um sentido de transformação das subjetividades e de resistência às posições de exclusão e de utilitarismo¹⁰⁽³²⁾.

Tal afirmativa também se conecta com o referido por Franco et al.⁷ ao apontarem que, nas práticas restaurativas, o mediador auxilia as partes, direta ou indiretamente envolvidas,

a realizarem um processo dialógico visando transformar uma relação de resistência e oposição em uma relação de cooperação e colaboração em prol da resolução do problema.

Como alternativa de solução, existem os Círculos Restaurativos ou PC que nada mais são que encontros entre as pessoas, reuniões para, de forma respeitosa e consensual, reparar os danos sofridos, restaurar a dignidade, a segurança e fortalecer os laços de justiça e coesão social.

O círculo é um processo estruturado para organizar a comunicação em grupo, a construção de relacionamentos, tomada de decisões e resolução de conflitos de forma eficiente. O processo cria um espaço à parte de nossos modos de estarmos juntos. O círculo incorpora e nutre uma filosofia de relacionamento e de interconectividade que pode nos guiar em todas as circunstâncias - dentro do círculo e fora dele¹¹⁽³⁵⁾.

Dessa forma, ao considerar o conflito e a busca de sua resolução, chegou-se ao entendimento de que, com a utilização do PC como ferramenta de conciliação, os envolvidos poderiam perceber a importância da boa relação no ambiente de trabalho. outrossim, o formato circular foi utilizado para demonstrar igualdade entre os integrantes do círculo, não havendo aceção entre as pessoas.

Isso favoreceu o comprometimento dos participantes com a estratégia adotada, a criação de vínculos entre eles e o respeito mútuo, refletido na cortesia à fala e na escuta empática durante o PC. A geometria do círculo assumiu uma grande importância nesse processo, pois criou um senso de foco convergente que favoreceu a conectividade e evitou a polarização, eludindo os ruídos na comunicação ou subgrupos, uma vez que o impacto inicial nas pessoas foi de incômodo com o rearranjo, diferentemente do que normalmente estavam acostumadas a vivenciarem no cotidiano. À vista disso, “[...] o formato circular aumenta a responsabilização, uma vez que a linguagem corporal de cada um consegue ser melhor assimilada por todos”¹²⁽¹¹⁾.

Convém referir que a participação dos profissionais ocorreu de maneira voluntária, e frisa-se a importância desse voluntariado uma vez que, nesses processos, sempre ocorre exposição de pensamentos e experiências, muitas vezes pessoais e subjetivas. Por isso, reitera-se a perspectiva do envolvimento das pessoas no PC sem qualquer obrigatoriedade, uma vez que fortalece o sentimento de fazer parte de um grupo e o compromisso de cumprir o acordado, evitando, assim, a reincidência do conflito¹².

Em adição à espontaneidade dos indivíduos,

a Comunicação Não Violenta (CNV) aparece com os melhores resultados nas práticas restaurativas e orienta como devemos nos expressar e ouvir as pessoas para que haja um bom diálogo⁷⁽⁵³⁾.

Ademais, para sua efetivação, existem quatro elementos-chave que a estruturam e que devem ser respeitados, que são:

observar sem julgar, identificar e expressar as necessidades (do outro e minhas), nomear os sentimentos envolvidos (do outro e meus) e formular pedidos claros e possíveis¹³⁽³⁾.

A comunicação entre as pessoas nunca deve ocorrer por meio de avaliações da pessoa observada, pois a tendência será de resistência, de defesa ou de ataque, uma vez que a recepção da fala pode ser refletida como crítica ou julgamento ao pronunciado. Portanto, a CNV consiste na habilidade adquirida para se expressar e se comunicar para que haja entendimento, e isso pode acontecer pela reformulação da maneira como as palavras são verbalizadas ao fazer escolhas adequadas com o uso consciente delas, assim como da escuta ativa sem pré-julgamentos ou valorização de expressões em detrimento de outras ou fragmentos de situações sem análise de contexto.

A CNV³ é de grande valia ao trabalho colaborativo, visto que traz a promessa de que todos os envolvidos se comportem uns com os outros de um modo mais bondoso, respeitoso

e generoso; em que a comunicação seja entendida em uma maneira de tratar o outro com o devido respeito que deve existir entre os indivíduos, buscando primeiro o entendimento dos fatos despidos dos pré-julgamentos, ou seja, uma forma pacífica de convivência em sociedade. Ao se expressar, diferentes maneiras de encarar a vida e atuar diante dos problemas emergentes são demonstradas. Por isso, a importância da convivência, adaptação, diálogo, interação e cooperação entre os sujeitos em prol da criação de vínculos.

A experiência da CNV¹³ não é habitual para muitos de nós e é de grande relevância para a vida profissional e social, como trabalhar a autoempatia e a empatia na conexão com o outro, no sentido de entender enquanto ser humano e compreender o ponto de vista do outro, uma vez que trabalhar com pessoas requer estabelecer contato, comunicar-se, interagir e cooperar, ou seja, é muito mais que transmitir uma informação, mas se comprometer com o entendimento. Trata-se de um processo adaptativo, no qual se faz necessário compartilhar espaços físicos, compreender e respeitar os espaços cognitivo e emocional de cada pessoa^{14,15}.

Nos espaços de vida social, como no trabalho, o sujeito precisa reconhecer a necessidade do outro, isso o humaniza e o faz compreender com singularidade. Dito isso, infere-se que, muitas vezes, essa necessidade é de fala, e quando não lhe é dada a possibilidade de se expressar, os conflitos emergem e se sobrepõem nas relações interpessoais. Por esse motivo, aprender a enxergar o outro, ouvir e compreendê-lo se constituem em um dos maiores desafios no desenvolvimento de equipes de trabalho, em um contexto no qual a empatia pode exercer um papel fundamental¹⁶.

A figura do facilitador se manifesta enquanto articulador que pode favorecer o desenvolvimento dessa relação saudável entre os indivíduos que refletirá diretamente no ambiente de trabalho. O facilitador¹² é o responsável por auxiliar na formação e na organização do círculo, na criação do ambiente seguro, para que as pessoas se sintam à vontade para

expor seus sentimentos, anseios e opiniões. Então, orientar os participantes a cumprirem as diretrizes propostas para o PC com atenção às perguntas disparadoras é primordial para o encaminhamento do diálogo e para a qualidade da integração entre as pessoas.

O objetivo das diretrizes é descrever os comportamentos que os participantes sentem que farão com que o espaço seja um lugar seguro para que eles falem suas verdades¹⁷⁽¹⁵⁾.

As cerimônias também são importantes para marcar o início e o fim do PC, de modo que esse marco signifique que, a partir daquele momento, todos estão comprometidos com a verdade e com a escuta ativa, portanto, os participantes são convidados a se despir dos pré-julgamentos ou conceitos pré-concebidos, entrando em contato com sua essência¹².

Quanto ao bastão da fala, a sua presença é importante para criar um ponto de concentração no grupo “dá apoio ao falar de coração e escutar de coração”¹⁷⁽¹⁴⁾. O objeto a ser usado como bastão da fala seja deve ser algo representativo para aqueles que estão em círculo, que seja de conhecimento de todos e que possa uni-los nos momentos de crise¹². A simbologia desse objeto ainda assume maior relevância na situação exposta porque o conflito surgiu de um registro em prontuário, um documento pertencente a uma pasta-família que existe na perspectiva de organizar o trabalho em território delimitado com famílias adscritas.

Após a realização do círculo, o relacionamento entre os profissionais da unidade apresentou melhorias significativas, pois a disponibilidade individual para problematizar a circunstância causadora do conflito fez com que melhorasse o entendimento e a tolerância entre os envolvidos, assim como fez surgir indivíduos com perfil conciliador entre os colegas, refletindo na qualidade do ambiente de trabalho, sem desentendimentos e/ou agressividades.

O PC se mostrou uma ferramenta extremamente eficaz para a conciliação, a motivação e

a evolução de todos os envolvidos no sentido da empatia para com o outro e da não antecipação para julgamentos de condutas. Isso fez com que, a cada novo processo realizado na UBS, as resoluções passassem a acontecer de forma mais rápida e profícua, a ponto de ele não ser usado apenas para conciliação, mas para planejamento e avaliação dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, seus resultados se tornaram surpreendentes, visto que permitiram a antecipação e enfrentamento dos problemas com incitação às trocas de experiências e compreensão de si, do outro e do contexto de vida e trabalho⁸.

Após os encontros de mediação, os trabalhadores e gestores conseguiram ampliar o entendimento do conflito e se implicar como protagonistas na sua condução¹⁰. A narrativa passou a ser de reestruturação dos espaços deliberativos. Passaram a discutir os processos de trabalho, a estrutura do coletivo e responsabilidades locais, refletiram sobre as relações entre eles, com a UBS e a comunidade.

Em outras palavras, a mediação precisa favorecer a desconstrução das narrativas de julgamento moral com conceitos pré-concebidos, para que não se mantenham fechadas, sustentando uma culpabilização linear e direcionada a um comportamento em detrimento da percepção do contexto de inserção dos sujeitos. Pelo contrário, os encontros restaurativos precisam ampliar a compreensão da conjuntura do trabalho e do mundo, da vida em sociedade.

Isso exposto, verifica-se que o pós-círculo tem como objetivo geral verificar o grau de restauratividade para todos os envolvidos, avaliar a satisfação entre os participantes do PC, visando à promoção da cultura da paz; sendo esse o principal resultado esperado, pois

as histórias com frequência põe por terra estereótipos ou suposições que as partes em conflito têm uma da outra, tornando possível que elas escutem o que cada uma tem a dizer com mais clareza, quando discutirem os problemas mais tarde no círculo¹⁷⁽²⁹⁾.

Assim, é

conscientizar-se de suas próprias emoções, as emoções dos outros, e como cada um causa impacto no outro é, reconhecidamente, uma habilidade interpessoal decisiva para uma vida bem sucedida, tanto pessoal como profissionalmente¹¹⁽¹⁴⁾.

O resultado desejado de todas as práticas restaurativas, portanto, é a resolução e a reintegração sem danos colaterais. Resolução dos eventuais conflitos e suas consequências, sejam elas objetivas ou subjetivas, e reintegração à equipe, sem rotulação ou discriminação. “O objetivo maior é que todos se tornem mais conscientes de seus atos e de suas repercussões sociais”³⁽⁵⁾.

Considerações finais

O uso do PC alcançou o seu propósito enquanto ferramenta para mediação de conflitos, uma vez que a questão foi problematizada pelo grupo; e novos olhares, trazidos à cena, propiciando melhoras na relação entre os profissionais da equipe de trabalho.

Pode-se considerar que a origem do conflito tenha vindo da intolerância refletida na vida em sociedade. Talvez devido às condições de existência atuais, em que as relações de afeto têm sido desestruturadas, o diálogo e a compreensão têm perdido espaço para a ‘supercompetência’ profissional. Com isso, a habilidade de lidar com pessoas tem sido perdida, e as consequências dos atos não têm sido mensuradas.

Dessa forma, ficou demonstrado que o PC pode ser uma ferramenta adequada para a

resolução de conflitos interpessoais, pois a solução foi revelada pelo diálogo entre as pessoas envolvidas. Essa ferramenta proporciona que todos os envolvidos se tornem corresponsáveis diante das situações de conflito e sua resolução, em busca da restauração da paz no ambiente de trabalho.

Para isso, a mediação, geralmente realizada pelo gestor da equipe, precisa estar qualificada para que a condução seja a mais assertiva possível, em que as relações de subordinação não afetem ou privilegiem um em detrimento do outro. Esse espaço precisa estar protegido das relações de poder, e, para isso, o gestor precisa refletir segurança e imparcialidade, assim conquistará a confiança da equipe, e o grupo estará livre de opressões para expor seus sentimentos e pensamentos.

Esse espaço, uma vez conquistado, servirá para tomada de decisão após reflexão e análise dos significados atribuídos, com possibilidade não apenas de entender os conflitos, mas também de contextualizar, identificar causas e consequências e dar um novo sentido aos processos de trabalho e construção do cuidado.

Por fim, enfatiza-se a importância de utilizar os círculos restaurativos enquanto uma ferramenta para além da resolução de conflitos, mas enquanto prevenção e/ou avaliação do trabalho que tem como meta a produção do cuidado.

Colaboradores

Silva GM (0000-0002-4977-2787)*, Carvalho DPFO (0000-0001-8554-3327)* e Melo DB (0000-0002-1344-989X)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Robbins SP. Administração: mudanças e perspectivas. São Paulo: Saraiva; 2002.
2. Schiefer U, Teixeira PJ, Monteiro S. MAPA - Manual de Facilitação para a Gestão de Eventos e Processos Participantes. 5. ed. Estoril: Príncipia; 2006.
3. Piedade FO, Silva QS. Revisitando os círculos restaurativos: da teoria a prática. In: Anais da VIII mostra de trabalhos jurídicos científicos do XII Seminário Internacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea; 2015; Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul: CEPEJUR; 2015. p. 1-18.
4. Costa MMM, Piedade FO. A construção dos Círculos Restaurativos como instrumento de prevenção ao conflito escolar. Revista Sociologia Jurídica [internet]. 2013 [acesso em 2019 jan 7]; 1(16):1-11. Disponível em: <https://sociologiajuridica.net/587-2/>.
5. Pranis K, Stuart B, Wedge M. Peacemaking Circles: From Crime to Community. St Paul, MN: Living Justice Press; 2003.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1o de julho de 2018. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2018 [acesso em 2018 dez 22]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101609.pdf>.
7. Franco CM, Klitzke DD, Moreira LCH, et al. Práticas restaurativas no gerenciamento de conflitos. In: Abrahão AL, Franco CM, organizadores. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Niterói: CEAD-UFF; 2016. p. 51-56.
8. Pranis K. Teoria e Prática: Processos Circulares. Tradução: Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena; 2010.
9. Boqué MCT. Cultura da Mediação e Mudança Social. Porto: Ciências da Educação-Século XXI; 2008.
10. Parisi L, Silva JM. Mediação de conflitos no SUS como ação política transformadora. Saúde em debate. 2018; 42(esp4):30-42.
11. Boyes-Watson C, Pranis K. No coração da esperança: guia de práticas circulares: o uso de círculos de paz para desenvolver a inteligência emocional, promover a cura e construir relacionamentos saudáveis. Tradução: Fátima de Bastiani [internet]. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas; 2011 [acesso em 2018 nov 27]. Disponível em: https://parnamirimrestaurativa.files.wordpress.com/2014/10guia_de_praticas_circulares.pdf.
12. Costa DCA, Santos ÍS. A utilização das práticas circulares na alienação parental. DIKÉ Revista do Mestrado em Direito da UFS. 2015; 4(1):1-20.
13. Rosemberg MB. Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora; 2006.
14. Moscovici F. A organização por trás do espelho: reflexos e reflexões. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olímpio; 2003.
15. Vergara SC, Davel E. Gestão com pessoas, Subjetividade e Objetividade nas Organizações. In.: Vergara SC, Davel E, organizadores. Gestão com pessoas e subjetividade. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2010. p. 301-313.
16. Birman J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
17. Pranis K. Círculos de Justiça Restaurativa e de Construção de Paz: guia do facilitador [internet]. Tradução: Fátima de Bastiani. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Departamento de artes gráficas; 2011. [acesso em 2018 nov 12]. Disponível em: <http://justica21.web1119.kingghost.net/arquivos/guiapraticakaypranis2011.pdf>.

Recebido em 24/02/2019

Aprovado em 16/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Uso de ferramentas de gestão na micropolítica do trabalho em saúde: um relato de experiência

Use of management tools in the micropolitics of health work: an experience report

Mary Anne de Souza Alves França¹, Acácia Cristina Marcondes de Almeida Spirandelli¹, Maisa Carolina de Castro Lima Vila Verde¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S613

RESUMO Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde vem implementando políticas de incentivo para qualificar a gestão, revendo processos de trabalho e estruturando as redes de atenção à saúde, para a melhoria da assistência na atenção básica. O objetivo deste estudo foi apresentar relato dos alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado sobre o uso das ferramentas de gestão, na micropolítica do trabalho em saúde. É um relato de experiência da primeira edição do referido curso no estado de Goiás e no Distrito Federal. Foi realizado o agrupamento dos conteúdos apresentados nas 25 narrativas reflexivas de acordo com os temas das Unidades de Aprendizagem e as ferramentas praticadas (Processo Circular, Fluxograma Descritivo, Gestão de Materiais e temas da Rede, Linha de Cuidado, Projeto Terapêutico Singular, Regulação e Planejamento em Saúde). Identificou-se nas narrativas que as ferramentas mais trabalhadas e que demonstraram resultados potentes para os processos de gestão das Unidades Básicas de Saúde foram Processo Circular, seguido do Projeto Terapêutico Singular e Fluxograma Descritivo. Concluiu-se que todas as ferramentas ofertadas pelo curso têm condição de serem colocadas em prática, contribuindo para o processo de trabalho e qualificação do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT Over the years, the Ministry of Health has been implementing incentive policies to qualify the management, reviewing work processes and structuring health care networks, for the improvement of primary care assistance. The aim of this study was to present the report of the students of the Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinic Management and Care about the use of management tools in the micropolitics of health work. This is an experience report of the first edition of the aforementioned course in the state of Goiás and in the Federal District. The grouping of the contents presented in the 25 reflective narratives was performed according to the themes of the Learning Units and the tools practiced (Circular Process, the Descriptor Flowchart, Management of Materials and themes of the Network, Line of Care, Singular Therapeutic Project, Regulation and Health Planning). It was identified in the narratives that the most worked tools and that demonstrated potent results for the management processes of the Basic Health Units were the Circular process, followed by the Singular Therapeutic Project, and the Descriptor Flowchart. It was concluded that all the tools offered by the course are able to be put into practice, contributing to the work process and to the qualification of care.

KEYWORDS Health management. Health services. Primary Health Care.

¹Secretaria Municipal de Saúde – Goiânia (GO), Brasil.
maryannesaf@gmail.com

Introdução

O processo de trabalho em saúde é permeado por diferentes nuances, como tomada de decisões, dificuldades, conflitos, interesses, imprevistos e encontros, que carregam entre si as características do território e as relações interpessoais dos profissionais e usuários. Os encontros perpassam pela relação entre usuário-trabalhador, entre equipes, trabalhadores e gestão, em que todos carregam diferente saberes, anseios e experiências, porém, com o objetivo comum que é a obtenção de um cuidado qualificado.

Feuerwerker¹ descreve a dinâmica da micropolítica no trabalho em saúde e como é a atuação e a produção dos profissionais no cotidiano das práticas de saúde. Para a autora,

Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e têm intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção¹⁽⁶⁷⁾.

Muitas são as ferramentas disponíveis que podem ser utilizadas para melhorar o processo de trabalho e produzir um cuidado qualificado na atenção à saúde. Há diferentes ferramentas que contribuem para a análise do processo de trabalho, proporcionando aos gestores a identificação de nós críticos na produção do cuidado e favorecendo o planejamento de intervenções para a solução dos problemas, bem como a mediação de conflitos¹. Essas ferramentas podem ser classificadas em: organizadoras do processo de trabalho (por exemplo: gestão compartilhada, fluxograma descritor e mapas analíticos) e mediadoras de conflitos entre a equipe e entre profissionais e usuários (por exemplo: chuvas de ideias, e matriz de análise de conflitos)².

Esforços têm sido dispendidos pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos, que vem propondo políticas de incentivo para a

qualificação do profissional e da gestão. Nesse sentido, no ano de 2016, foi disponibilizada a primeira edição do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, vinculado à Universidade Federal Fluminense (UFF). O curso foi realizado em cooperação com o Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e ofertado para todos os municípios brasileiros.

O propósito do referido Curso, na modalidade semipresencial, foi apoiar a formação de gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS), aprimorando o processo de trabalho das equipes e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços na atenção básica apoiado na perspectiva da micropolítica, do predomínio das tecnologias leves e no fortalecimento da organização das redes de saúde³.

Esse curso teve como objetivo valorizar o cotidiano do gerente de unidade básica e seus desafios na condução do serviço e na oferta do cuidado, de forma a responder às reais necessidades de saúde da população³. Ofertado para diversas regiões do País, em que uma das regiões contempladas foi a de Goiás/Distrito Federal.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é apresentar o relato dos alunos do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, realizado no estado de Goiás e no Distrito Federal, sobre o uso das ferramentas de gestão, propostas no curso, na micropolítica do trabalho em saúde.

Material e métodos

O estudo configura-se como um relato de experiência baseado na avaliação das narrativas reflexivas elaboradas pelos alunos da primeira edição do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, financiado pelo Ministério da Saúde, realizado no estado de Goiás e no Distrito Federal, no período de novembro de 2016 a maio de 2017.

Esse curso teve como público-alvo 25 profissionais de nível superior na área da saúde, que atuavam na atenção básica, na função de gerência da clínica e do cuidado em saúde³.

Realizado na modalidade semipresencial, teve carga horária total de 180 horas, sendo 48 horas presenciais, divididas em três encontros ao longo da sua duração (seis meses), e as demais horas a distância no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A proposta pedagógica foi a problematização, a qual leva o aluno a

refletir sobre o seu processo de trabalho com intuito de estabelecer estratégias para melhoria da qualidade da assistência e do cuidado³.

Organizado em três Unidades de Aprendizagem (UA), em cada uma delas foi trabalhada uma macrocompetência e ofertadas diferentes ferramentas de trabalho⁴.

As UA com a sua correspondente macrocompetência e ferramentas⁴ estão relacionadas no *quadro 1*.

Quadro 1. Macrocompetência da gestão e suas ferramentas

UA*	Macro competência	Objetivo	Ferramentas
UA1	Gestão do trabalho	Capacidade de promover espaços para diálogo e formação de vínculo com a equipe e os usuários, definindo acordos e regras, mediando conflitos e resolvendo questões pertinentes ao processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> Fluxograma Descritor Processo Circular
UA2	Gestão de insumos	Capacidade de valer-se dos recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, otimizando-os no apoio aos processos de cuidado e de orientação da equipe sobre a correta utilização desses recursos	<ul style="list-style-type: none"> Planilha de Controle de Estoque
UA3	Gestão de redes de saúde	Capacidade de utilizar mecanismos para a construção de redes que favoreçam a gestão do cuidado considerando os diferentes atores e os demais serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Projeto Terapêutico Singular (PTS). Narrativa Reflexiva

*UA - Unidades de Aprendizagem.

O processo avaliativo do aluno constituiu-se da participação nos fóruns virtuais disponíveis em cada UA, bem como do envio, no AVA, do relato da aplicação das quatro ferramentas no processo de trabalho (Fluxograma Descritor, Processo Circular, Planilha de Gerenciamento de insumos e Projeto Terapêutico Singular) e da narrativa reflexiva. Dessa forma, as ferramentas, além subsidiar a avaliação, também foram propostas no processo formativo para potencializar as ações do gerente nas referidas macrocompetências e no seu cotidiano de trabalho.

A narrativa reflexiva constituiu-se como a quinta e última atividade avaliativa, e a proposta foi de que ela fosse elaborada individualmente, postada na plataforma e socializada no terceiro encontro presencial. Na elaboração da narrativa, cada aluno devia registrar o

aprendizado significativo durante o curso, a experimentação das ferramentas ou conteúdo ofertado, as decisões tomadas, as possibilidades ou dificuldades vivenciadas e as possíveis mudanças ocorridas no trabalho após esse caminhar no processo formativo.

O intuito era que cada aluno selecionasse e narrasse sobre uma ferramenta ou tema vivenciado, incluindo o Processo Circular, o Fluxograma Descritor, a Gestão de Materiais e os temas da Rede, Linha de Cuidado, Projeto Terapêutico Singular, Regulação e Planejamento em Saúde. Portanto, essa narrativa tratava-se de um relato livre, individual e reflexivo de cada aluno, que discorria sobre a trajetória profissional, escolha do curso, uso da plataforma e a percepção sobre os conteúdos apreendidos no seu processo de formação em cada UA ou as

experimentações das ferramentas propostas e aplicadas no seu cotidiano do trabalho.

Inicialmente, para apresentação da narrativa, foi solicitado que cada aluno selecionasse previamente três frases descritas na narrativa que foram significativas no processo de ensino-aprendizagem. No encontro presencial, os alunos leram as frases, explicando sobre o que elas representavam para sua vivência, e os demais alunos dialogavam a sua perspectiva sobre elas.

Para produção deste relato de experiência, foi realizado o agrupamento dos conteúdos apresentados nas 25 narrativas reflexivas de acordo com os temas das UA e as ferramentas praticadas (Processo Circular, o Fluxograma Descritivo, a Gestão de Materiais e os temas da Rede, Linha de Cuidado, Projeto Terapêutico Singular, Regulação e Planejamento em Saúde).

O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética por se tratar de um relato de experiência, e a identidade dos participantes foi preservada. Para garantir essa privacidade, cada aluno foi codificado com a letra A, seguida de um número de ordem de apresentação no texto.

Resultados e discussão

As narrativas apresentadas possibilitaram identificar a potência das ferramentas ofertadas na organização do trabalho e, consequentemente, na qualificação do cuidado.

Nas narrativas, predominou o relato sobre o Processo Circular (PC) (66%), seguido do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (18%), Fluxograma Descritivo (8%), Gestão Compartilhada (GC) (4%) e Gestão de Materiais (GM) (4%).

O PC, também denominado Círculo de Construção de Paz, é considerado uma ferramenta para o diálogo na construção da grupalidade. Este tem origem em povos da América e da Nova Zelândia e tem sido utilizado na Justiça Restaurativa, pois favorece o diálogo, promove a autonomia dos participantes e o empoderamento do grupo. Há vários tipos de Círculos de Construção

de Paz, denominados conforme propósitos e motivações, tais como círculo para: avaliação, integração, apoio e comemoração⁵.

Nas narrativas, foi mencionado, por exemplo, que o PC favorece o empoderamento da equipe para organizar o processo de trabalho, a horizontalidade, a escuta e contribui para o trabalho e o pertencimento ao grupo.

A potência dessa ferramenta para empoderar a equipe e a sua capacidade de promover mudanças é verificada nos seguintes relatos:

Os círculos de celebração levam ao empoderamento da equipe, gera horizontalidade nas relações, melhora o senso de pertencimento ao grupo e é uma poderosa ferramenta para o diálogo. (A1).

O PC é um instrumento que promove escuta e reflexão para gestão compartilhada e mediação de conflito. A experiência ao realizar a roda me despertou a escuta qualificada, que envolve empatia com o colega de trabalho. Outro ganho com este instrumento foi a reflexão de que se quisermos promover mudanças, cabe ao gestor ter a sensibilidade de ouvir e empoderar os seus colaboradores para atuarem no processo de mudança. (A2).

A possibilidade de expressão de todos foi manifestada nos relatos pelos alunos:

A experiência mostrou-se muito eficaz para participação de pessoas tímidas, permitiu a expressão de todos, gerou inclusão e possibilitou aos que costumavam dominar os espaços coletivos, aprender a ouvir e respeitar as demais opiniões. (A3).

O PC é uma ferramenta utilizada para organizar uma reunião seja ela conflituosa ou não, pode ser utilizada em vários momentos no processo de trabalho, aconselhamento, no acolhimento ao usuário etc. Foi uma experiência única. Esse processo veio aprimorar minha escuta, até mesmo a falar e a colocar em prática minhas funções com mais segurança. (A4).

O sentimento de pertencimento ao grupo por meio do PC foi observado, conforme segue:

[...]. Todos participaram e sentiram pertencer à equipe, pois eles puderam dar a sua opinião. No final aconteceu um momento de integração e interação da equipe. Foi um momento produtivo para todos os profissionais, pois até o presente momento não havia participado de tal experiência no local de trabalho. Todos se sentiram importantes em contribuir para o bom funcionamento da unidade. Todos relataram que o processo fortalece vínculos com a equipe e respeito à individualidade de cada um. (A4).

O PC permitiu dialogar sobre questões conflituosas, e o resultado obtido foi muito rico e potente. Este permitiu mediar a relação interpessoal e potencializou a reunião de equipe. Foi citado também que essa ferramenta favorece o convívio com opiniões diferentes, trabalha a escuta e propicia o surgimento de novas ideias. Além disso, é importante no planejamento participativo, na identificação de propostas de soluções para os problemas. Este registro exemplifica essa condição:

Entende-se que essa ferramenta pode nortear e facilitar o planejamento dos processos de trabalhos nas gerências de serviços e estimular a gestão participativa na Unidade Básica de Saúde. (A5).

A experimentação do PC também possibilitou à equipe pensar sobre a situação discutida e foi de extrema importância para a solução de conflitos, com resultados positivos e sem complicações. O seu impacto no trabalho pode ser evidenciado no seguinte relato:

Usamos a ferramenta Processo Circular em todas as reuniões com as equipes para acalmar possíveis desacordos ou discórdias e resolução de conflitos ou problemas, para discutir a responsabilidade coletiva, entre outros. (A6).

Ainda sobre a utilização da ferramenta na prática da gestão e da vida: “o processo circular aproxima o gestor do servidor e nos ensina a ouvir e respeitar. Vou levar o processo circular para minha vida”. (A7).

Em outro relato, verificou-se que:

o uso da ferramenta - processo circular - manteve os gerentes muito mais próximos, organizou os encontros e nos estimulou a implementá-lo na rotina dos serviços, trazendo um impacto positivo. (A6).

A possibilidade de incorporação do PC no dia a dia do trabalho da gestão foi mencionada também no relato a seguir:

A proposta para o futuro é manter essa ferramenta [PC] nas principais reuniões de equipe. Sugiro a utilização desta ferramenta por todos os gestores devido a sua capacidade de adaptação a diferentes grupos e seu efeito benéfico no funcionamento de organização do serviço prestado. (A8).

Diante de todos os relatos sobre o PC, observa-se que os conflitos tiveram um aspecto positivo, pois este foi gerenciado como uma oportunidade de diálogo, aprendizagem e restabelecimento das relações entre o grupo⁴.

A segunda ferramenta mais citada, o PTS possibilitou, de acordo com os alunos, a inclusão da família e do usuário no processo do cuidado. É um instrumento de qualificação do cuidado, proporciona o envolvimento de todos da equipe, bem como a responsabilidade do usuário.

Um dos depoimentos sobre o PTS relata o sentimento de pertencimento, humanização no atendimento e a qualificação da atenção:

Realizar o trabalho em equipe soma na troca de conhecimento e promove uma assistência mais qualificada e assertiva. Realizar o PTS com a equipe despertou em mim, como profissional, o sentimento de pertencimento, cooperatividade, empoderamento nas tomadas de decisões. O trabalho interdisciplinar traz uma perspectiva de um atendimento mais humanizado e holístico. (A2).

Também foi mencionado que o PTS é importante e organiza o serviço, além de contribuir para que a equipe multidisciplinar conheça o caso; e ficou claro o papel de cada

profissional dentro do processo. Porém, relata que infelizmente o PTS acontece somente em casos mais complexos, pois fazê-lo demanda disposição e tempo da equipe e, às vezes, esse movimento não é possível.

O PTS é utilizado para análise e planejamento de ações de situações mais complexas, podendo ser utilizado para discussão e responsabilização pelas ações². Assim, o ele é considerado uma ferramenta para disparar processos de mudanças nas práticas de saúde, trata-se de uma abordagem centrada na pessoa e é construído coletivamente^{6,7}. A construção do PTS pode ser dividida dos seguintes momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação⁷.

Em seguida, aparece, nos relatos, o Fluxograma Descritor, que foi citado como um organizador do processo de trabalho tendo o foco no usuário.

O Fluxograma Descritor consiste na representação gráfica do processo de trabalho, com intuito de descrever o itinerário terapêutico do usuário para o acesso a assistência conforme fluxos estabelecidos pelos serviços de saúde⁸. Nele, percebem-se todas as etapas do processo de trabalho, como elas estão organizadas e possibilita identificar os nós críticos, isto é, o que precisa ser melhorado ou resolvido na organização das práticas assistenciais. Dessa forma, o Fluxograma permite detectar os problemas que os usuários enfrentam para alcançar o acesso à saúde⁸.

Uma das experiências referidas foi sobre o fluxograma para o acolhimento. Mencionaram que ele permitiu ao trabalhador se colocar no lugar do usuário, contribuiu para visualizar o fluxo de atendimento do usuário e identificar os nós críticos a serem analisados pela equipe, constituindo-se em uma ferramenta importante para o planejamento das ações. Foi relatado que:

[...] realizar a confecção do fluxograma descritor trouxe um conhecimento mais próximo da realidade. Percebo que muitos processos de trabalho são realizados sem a discussão dos reais 'nós'. O que

me acrescentou foi, através da gestão compartilhada, apontar os problemas e junto com a equipe buscar caminhos que sejam viáveis dentro da realidade e atribuições de todos da equipe. (A2).

A potência do Fluxograma Descritor na organização dos serviços é identificada na reflexão a seguir:

Testei todas as ferramentas estudadas, algumas impactaram mais nos serviços da UBS, tais como o Fluxograma Descritor, pois eu havia recém assumido a gestão e me possibilitou conhecer a realidade dos serviços ofertados e de posse dessas informações pude intervir e propor melhorias no processo de trabalho. Permitiu uma reflexão coletiva das equipes e mudança de fluxos para melhorar o acesso da população aos serviços. (A9).

O relato emocionante de uma das alunas traz a importância do curso para sua atuação profissional e das ferramentas vivenciadas.

Quero aqui registrar dois momentos que foram primordiais para minha formação profissional no tocante ao curso. Cresci muito como gestora e pude levar a teoria para a prática. Primeiro, realizar o Fluxograma Descritor foi um desafio tanto para mim e como para equipe, pois conhecia a ferramenta, mas não havia colocado em prática. Com ela vivenciamos a realidade do nosso usuário, sua dificuldade no trajeto dentro da unidade, visualizarmos essas dificuldades, ou seja, os nós críticos e tentar de alguma maneira solucionar os mesmos... Acredito que com esta ferramenta nosso processo de trabalho fluirá melhor, será organizado e evitará futuras reclamações por parte do usuário, promovendo com isto atendimento com qualidade em todos os aspectos. (A4).

A discussão dos fluxogramas viabilizou a mudança de comportamento e de rotinas existentes na unidade para melhor atender o usuário e buscar solução para os nós críticos, aumentar a resolutividade e a efetividade do serviço prestado.

Uma narrativa sobre a gestão de insumos

também foi apresentada. Nela, foi mencionado que essa oferta conceitual contribuiu para a organização do ambiente de forma satisfatória.

Na narrativa da GC, foi mencionado que ela contribuiu para o papel de coordenação de equipes, para o planejamento e para a tomada de decisão compartilhada.

É importante destacar que a Comunicação Não Violenta (CNV) também foi apresentada como um instrumento importante para o cotidiano do gestor, e foi mencionado por um aluno que, após o aprendizado teórico, tem utilizado a CNV no trabalho.

Estudar a Comunicação Não Violenta (CNV) me fez entender o que são e quais existem. Ao tomar conhecimento do conteúdo, percebi que já aplicava no dia a dia da unidade, mas sem de fato ter conhecimento de tais abordagens. Principalmente a escuta empática, a qual deve ser mais comum, pelo menos no dia a dia do meu serviço. Frequentemente os profissionais chegam até você para compartilhar situações que ele precisa resolver. (A3).

A CNV é uma ferramenta que favorece a escuta, provoca o respeito e a empatia, além disso, o desejo de ajudar o outro. Assim, a CNV é uma abordagem que ajuda a nos aproximar uns dos outros, possibilitando que o sentimento de compaixão aconteça⁹.

Há diferentes situações em que se utiliza a CNV, como nas interações com consigo mesmo, com o outro ou com a equipe⁷. Portanto, essa abordagem pode ser utilizada em situações, como: relacionamentos íntimos, famílias, escolas, organizações e instituições, terapia e aconselhamento, negociação diplomáticas e comerciais, ou disputas e conflitos de toda natureza⁹.

Na prática, verifica-se que a CNV é utilizada para responder compassivamente a si mesmo, ou fortalecer as relações pessoais, ou gerar relacionamento eficaz no trabalho ou na política. Porém, frequentemente essa comunicação é utilizada para mediar conflitos e disputas⁷. No relato apresentado pelo aluno sobre a CNV, observou-se que esta foi empregada para

mediar conflitos e estabelecer relações mais eficazes no ambiente de trabalho.

De maneira geral, os alunos consideraram que as ferramentas ofertadas pelo curso são ricas e de fácil implementação, “o curso materializou o que se ouvia falar” (A10). Segundo eles, as ferramentas apresentadas foram bem simples, mas, só de serem aplicadas, fizeram uma grande diferença no dia a dia dos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, na melhoria do ambiente de trabalho e na qualidade do serviço prestado.

Considerações finais

Na análise das narrativas reflexivas, observou-se que todas as ferramentas ofertadas no Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado têm condição de serem colocadas em prática e contribuir para o processo de trabalho e para a qualificação do cuidado.

A elaboração da narrativa reflexiva foi, para maioria dos alunos, um processo fácil de produzir e que possibilitou refletir sobre a aplicação das ferramentas, sobre as potencialidades e sobre os desafios no uso das ferramentas. Além disso, permitiu identificar o impacto do processo formativo provocado no trabalho e na qualificação do cuidado. Porém, para alguns alunos, refletir e escrever a vivência em forma de narrativa foi um processo desafiador, pois o exercício de descrever a sua percepção sobre os processos de trabalho é uma prática raramente realizada.

Nas narrativas reflexivas dos alunos do curso, predominaram relatos sobre o PC, seguido do PTS e do Fluxograma Descritivo como as ferramentas com apresentação de resultados potentes. Destacou-se o PC como um potente instrumento, fundamental para dialogar sobre questões conflituosas, visto que organiza e favorece a participação e a expressão de opiniões de todos os envolvidos. Essa ferramenta foi a mais citada nas narrativas dos alunos.

O PTS também foi mencionado como um instrumento que promove inclusão dos envolvidos, em um plano de cuidado desde o usuário até a equipe multiprofissional.

O Fluxograma Descritor foi uma das ferramentas menos citada pelos alunos, mas não menos importante, já que permite o foco no usuário e a organização de fluxos e o melhor entendimento sobre eles dentro do serviço de saúde.

De maneira geral, concluiu-se que as ferramentas apresentadas no curso se constituem em elementos importantes na prática da gestão para a identificação de problemas, para o planejamento das ações, para a qualidade do serviço, para a economia de recursos materiais

e, conseqüentemente, para a satisfação de trabalhadores, usuários e gestores. Ademais, a oferta e a participação dos gestores em cursos de capacitação possibilitam a formação de profissionais mais qualificados, o que se reflete em ambientes de trabalho mais harmônicos, integrados e serviços mais organizados e qualificados.

Colaboradores

Os autores contribuíram igualmente: França MASA (0000-0002-5427-1450)*, Spirandelli ACMA (0000-0001-9582-4819)* e Verde MCCLV (0000-0002-9792-3287)*. ■

Referências

1. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação [internet]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). [acesso em 2019 set 18]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/dissertacoes-e-teses/micropolitica_e_saude_laura_camargo.pdf.
2. Pessoa LR. Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde. Processo de trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
3. Brasil. Ministério da Educação. Universidade Federal Fluminense. Edital do Processo Seletivo de tutores para o curso de aperfeiçoamento Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Rio de Janeiro; 27 de junho de 2016. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: <http://www.cead.uff.br/site/2019/09/17/curso-de-gerencia-de-unidades-basicas-de-saude-gestao-da-clinica-e-do-cuidado-processo-seletivo-tutores/>.
4. Abrahão AL. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Niterói: CEAD-UFF; 2016.
5. Pranis K. Processos Circulares: teoria e prática. São Paulo: Palas Athenas; 2010. (Série Da reflexão à ação).
6. Cunha GTA. A construção da clínica ampliada na aten-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ção básica [dissertação] [internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004. 24 p. [acesso em 2019 fev 18]. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha_GustavoTenorio_M.pdf.
7. Oliveira GNO. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação] [internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007. 203 p. [acesso em 2019 fev 18]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000409274>.
8. Franco TB, Merhy EE. O uso das ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp [internet]. São Paulo: Hucitec; 2003 [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/23369168-O-uso-de-ferramentas-analisadoras-dos-servicos-de-saude-o-caso-do-servico-social-do-hospital-das-clinicas-da-unicamp-campinas-sp.html>.
9. Rosenberg MB. Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais [internet]. São Paulo: Ágora; 2006. [acesso em 2019 fev 15]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/katafrakta/comunicacao-no-violenta-marshall-b-rosenberg>.

Recebido em 19/02/2019
Aprovado em 14/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR

Restorative practices in the management of a Family Health Strategy team: experience report in Pato Branco, PR

Clodoaldo Penha Antoniassi¹, Janine Gehrke Pessotto², Luciane Bergamin²

DOI: 10.1590/0103-11042019S614

RESUMO O presente artigo trata-se de um relato de experiência, que contextualiza a importância das práticas restaurativas como ferramentas no gerenciamento de conflitos na Estratégia Saúde da Família, realizado em um município do sudoeste do Paraná, entre os anos de 2017 e 2018. O objetivo foi relatar a experiência da utilização das técnicas de Comunicação Não Violenta (CNV) e processo circular para gerenciar conflitos e promover o trabalho colaborativo na Unidade de Saúde Alvorada, em Pato Branco, Paraná. Para o relato, optou-se por articular a revisão da literatura sobre práticas restaurativas à experiência. Os resultados incluem maior integração e responsabilização da equipe de saúde, produção de encontros com reflexão coletiva, utilização da CNV e processo circular na gestão do trabalho e o retorno dos grupos de caminhada para hipertensos e diabéticos. Ressalta-se a importância de estudos nessa área, bem como a introdução de temas ligados às práticas restaurativas em disciplinas durante o período de formação, a fim de proporcionar aos profissionais da gestão e da assistência ferramentas para lidar com conflitos que possam ocorrer em suas futuras atuações profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Organização e administração. Liderança. Relações interpessoais. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT *This article is an experience report, which contextualizes the importance of restorative practices as management tools of conflicts in the Family Health Strategy, carried out in a southwestern municipality of Paraná, between 2017 and 2018. The objective was to report the experience of applying Non Violent Communication (CNV) and circular process techniques to handle conflicts and promote collaborative work at the Alvorada Health Unit, in Pato Branco, Paraná. For the report, it was decided to articulate the literature review on restorative practices to the experience. The results include greater integration and accountability between the health team, promotion of meetings with collective reflection, use of CNV techniques and circular process in work management and the return of walking groups for hypertensive and diabetic patients. It is emphasized the importance of studies in this area, as well as the introduction of topics related to restorative practices during the training periods, in order to provide management and assistance professionals with tools to deal with conflicts that may occur in their future professional activities.*

KEYWORDS *Organization and administration. Leadership. Interpersonal relations. Family Health Strategy.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
cpaodonto@gmail.com

²Prefeitura Municipal - Pato Branco (PR), Brasil.



Introdução

A Estratégia da Saúde Família (ESF) surgiu com o objetivo de alterar o modelo assistencial em saúde para um sistema centrado no usuário, em que o cuidado desse indivíduo é o imperativo ético-político para a organização do atendimento. O trabalho em equipe no contexto da ESF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros do grupo, no qual todos participam com suas especificidades contribuindo para qualidade das ações de saúde¹.

No trabalho em equipe, é imprescindível que se abordem as relações interpessoais como processos que têm como premissa a mutualidade, o convívio, as trocas entre os indivíduos. Estas são intensamente mediadas pelos sentimentos dos envolvidos, e para evitar interferências nas relações, faz-se necessário diálogo franco e exposição de suas percepções, a fim de evitar o distanciamento, a superficialidade e a incomunicabilidade². No processo das relações interpessoais, a comunicação se tornou um instrumento essencial, pois pode ser utilizada para estimular, motivar e até solucionar conflitos, que estão presentes rotineiramente no dia a dia dos gerentes das organizações da saúde³.

As práticas restaurativas são formas de gerenciamento de conflitos muito adotadas na Justiça Restaurativa. No contexto das Unidades Básicas de Saúde (UBS), pode-se utilizar, por exemplo, a Comunicação Não Violenta (CNV) e o Processo Circular. Não obstante, a literatura nos mostra que essas ferramentas ainda são incipientes no cenário brasileiro⁴.

Na abordagem dessas ferramentas, o facilitador, papel que deve ser ocupado preferencialmente pelo gerente da UBS, auxilia as partes, direta ou indiretamente envolvidas, a realizarem um processo dialógico visando transformar uma relação de resistência e oposição em uma relação de cooperação e colaboração. Nesse processo, os envolvidos decidem coletivamente como lidar com circunstâncias decorrentes do ato conflituoso. A

ideia é promover reflexão, restauração e responsabilização, permitindo o fortalecimento das relações e dos laços entre as pessoas. Elas também ajudam pessoas a lidar com os conflitos de forma diferenciada, pois, ao desafiar padrões tradicionais, possibilitam a percepção dos conflitos como oportunidades de mudança e de aprendizagem, ressaltando os valores da inclusão, do pertencimento, da escuta ativa e da solidariedade.

Nesse sentido, questionou-se: como a utilização das técnicas de comunicação não violenta e o processo circular poderiam auxiliar no gerenciamento de conflitos em unidades básicas de saúde? Dessa maneira, o presente relato visa contribuir para a compreensão de como as técnicas da CNV e do Processo Circular podem auxiliar no gerenciamento de conflitos em UBS.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, que busca descrever as estratégias de gerenciamento de conflitos utilizadas pela enfermeira da equipe ESF 2 na UBS Alvorada em Pato Branco, Paraná, realizado no período do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidade Básica de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado promovido pela Universidade Federal Fluminense (UFF), nos anos de 2017 a 2018.

Para a realização do presente relato, utilizou-se a revisão da literatura acerca de práticas restaurativas, com foco na CNV e no Processo Circular, articulando-a ao relato de experiência.

Relato de experiência: aplicação das ferramentas CNV e Processo Circular em Pato Branco, PR

O relato foi construído em três momentos relacionados com a utilização de práticas restaurativas na gestão da ESF. O primeiro desvela a percepção inicial da equipe sobre as fragilidades e desafios no processo de trabalho

da ESF do município de Pato Branco. O segundo revela os ‘movimentos de encontro’ que a gestão e os trabalhadores realizaram para solucionar os problemas, por fim, o terceiro trata da Estratégia de utilizar a CNV e o Processo Circular no processo de trabalho da equipe.

PRIMEIRO MOMENTO

A Unidade de Saúde Alvorada é uma das mais antigas do município de Pato Branco e atende cerca de 6 mil pessoas, divididas entre duas equipes (ESF 1 e ESF 2), com territórios adscritos. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal, dois técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe que recebeu a intervenção foi a ESF 2, que, na época, possuía em torno de 3.200 pessoas cadastradas. A equipe passava por dificuldades de relacionamento interpessoal entre os profissionais, distanciamento entre eles e conflitos frequentes. Havia necessidade iminente de uma maior atenção por parte de gestores e integrantes das equipes em relação ao desenvolvimento de mecanismos que reforçassem a interação e integração entre seus membros. Não havia uma definição clara de gerência das equipes; e, intuitivamente, o enfermeiro acabava por assumir a função de liderança, organizando todas às sextas-feiras à tarde reuniões com a equipe para planejar atividades e expor necessidades.

As reuniões eram conflituosas e geralmente não se alcançavam conclusões claras do que estava gerando as discordâncias. Alguns pontos eram recorrentes nesses encontros, como a grande procura da população pelo atendimento centrado no médico, o que distanciava os usuários dos demais profissionais da equipe e a baixa adesão da população aos grupos de educação e prevenção ofertados pelos profissionais, principalmente o grupo de caminhada para hipertensos e diabéticos. Esse grupo surgiu no ano de 2013, com a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Pato Branco, e foi intitulado ‘Hiperdia para

caminhar’. Na época de sua implantação, houve uma mudança na concepção sobre educação em saúde dos profissionais da equipe, antes focada na entrega de medicamentos e em palestras com pouca variação de tema.

O objetivo principal do ‘Hiperdia para caminhar’ era estimular a criação de grupos de caminhadas para hipertensos e diabéticos nas unidades de saúde do município. No início do grupo, a participação dos profissionais e da população era expressiva, os profissionais do Nasf participavam apoiando a equipe em dias preestabelecidos em cronograma, geralmente duas vezes por semana. No decorrer do tempo, percebeu-se que a equipe da ESF não mais se responsabilizava como antes por essa atividade. Passaram a ter a compreensão de que, como o grupo foi idealizado pelo Nasf, somente seus profissionais deveriam conduzi-lo. Nesse momento, a enfermeira percebeu que as falhas no processo de trabalho eram preocupantes e que os conflitos internos não favoreciam para que elas pudessem ser encontradas e corrigidas.

SEGUNDO MOMENTO

Por meio das reuniões de equipe e da percepção dos conflitos, a enfermeira da ESF 2 vislumbrou a possibilidade de aplicação das práticas restaurativas como possível ferramenta para melhoria dos processos falhos. O conhecimento sobre a existência dessas práticas pela profissional ocorreu entre os anos de 2017 e 2018, quando participou do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidade Básica de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado.

A primeira atividade realizada foi pautada no Processo Circular utilizando o bastão da fala com os participantes. Durante a atividade, a enfermeira utilizou também estratégias da CNV, que é uma forma de comunicação eficaz que envolve, entre outros, a escuta empática e a reformulação da mensagem que consiste em parafrasear algumas falas, sem incluir um julgamento. As mensagens-eu e as perguntas restauradoras também foram utilizadas para

estimular a reflexão e a escuta de sentimentos e necessidades, sempre buscando os diferentes pontos de vista da situação⁵.

O Processo Circular ou Círculo de Construção da Paz descende diretamente dos tradicionais Círculos de Diálogo comuns aos povos indígenas da América do Norte. O espaço circular garante mais autonomia aos participantes, leva ao empoderamento da equipe, gera horizontalidade nas relações, melhora o senso de pertencimento ao grupo e é uma poderosa ferramenta para o diálogo. A autora aponta que existem vários tipos de Círculos de Construção de Paz, relacionados com diferentes propósitos e motivações⁶.

Nas UBS, os processos circulares podem ser usados para atividades de aquecimento, para acalmar possíveis desacordos ou discórdias; para repelir equívocos, desavenças e violências em potencial ou para construir e restaurar relações; para a resolução de conflitos e outros problemas; para discutir a responsabilidade coletiva, entre outras funções. Permitem também que as pessoas tímidas e que raramente falam passem a se expressar, gerando inclusão, e possibilitando que aqueles que costumam dominar os espaços coletivos aprendam a ouvir e a respeitar as demais opiniões.

Seguindo as características do Processo Circular, os participantes sentaram-se nas cadeiras dispostas em roda, sem mesa no centro. Deve-se colocar no centro algum objeto que tenha significado especial para o grupo, como inspiração, algo que evoque nos participantes valores e bases comuns⁶; e no processo relatado, o objeto foi um tênis de caminhada.

Nessa reunião, estava presente a equipe do Nasf, que iniciou a conversa, trazendo ênfase ao projeto 'Hiperdia para caminhar'. Em seguida, a equipe designou a enfermeira, como a guardiã da fala ou facilitadora, que deve ser uma pessoa pertencente ao grupo e devidamente capacitada, a fim de garantir um processo justo e imparcial⁷. A facilitadora é a pessoa que cuida para que o grupo se mantenha firme na disposição de escuta e no foco sobre o tema que foi motivador do círculo. Além disso,

o facilitador não é neutro, pois ele participa do processo e contribui com suas percepções⁵.

A guardiã da fala explicou a metodologia do Processo Circular, em que a palavra é colocada à disposição dos presentes, de forma sequencial e rotativa⁸. Utiliza-se de um bastão da fala, que é um objeto focal aceito e usado pelo grupo, além de ter um significado especial para o grupo; e, na reunião em questão, foi escolhida uma garrafa de água. O bastão proporciona oportunidade de escutar e refletir antes de falar, já que todos devem esperar a sua vez para se manifestarem no momento em que recebem o bastão de fala⁷. No relato em questão, a guardiã apresentou a questão norteadora do círculo: quais principais fragilidades e desafios no processo de trabalho para realizar o projeto 'Hiperdia para caminhar' na UBS? Iniciando a passagem do bastão da fala e informando que somente aquele que estivesse com o objeto em mãos é que têm a faculdade de falar.

Com esse processo, os participantes tendem a ouvir com atenção ao que as pessoas estão dizendo ao invés de ficar pensando em preparar uma resposta imediata. O círculo também reforça a igualdade, já que proporciona oportunidade de participação a todos, e estimulando aqueles que pouco falam a se expressar e oportunizando um exercício de escuta àqueles que muito falam⁷.

Durante o Processo Circular, a enfermeira teve que interferir ao perceber algumas trocas de acusações, o que não pode ser admitido no Processo Circular, uma vez que cada participante precisa responder à questão segundo sua própria referência. No processo, a facilitadora pôde identificar tanto os pontos com maior resistência e oposição ao projeto como descobrir potenciais de colaboração. Após todos colocarem suas falas, a enfermeira conseguiu perceber que a principal fragilidade na concepção da equipe seria a questão do horário de saída do grupo de caminhada. Em princípio, essa saída aconteceria no início da manhã, mas a equipe técnica da unidade não consegue acompanhar devido ao fluxo

de atendimentos nesse horário. Em seguida, foi realizada a cerimônia de encerramento com um vídeo sobre trabalho colaborativo. Nos dias posteriores à aplicação do Processo Circular na reunião de equipe, a enfermeira sentiu a necessidade de conversar com alguns profissionais. Primeiramente, procurou os ACS que estão mais próximos da comunidade, para que, durante aquela semana, antes que ocorresse nova reunião de equipe, eles verificassem na comunidade outras possibilidades de horários para que o grupo ocorresse, a fim de facilitar a participação da população. Eles se mostraram apoiadores da atividade, pois conheciam os pacientes e suas necessidades. A pertinência tem a ver com o compromisso da equipe, quando os membros sentem que, de fato, pertencem a ela e trabalham em prol dos objetivos e metas traçados pela equipe⁵. Os ACS se sentiram valorizados com o pedido da enfermeira e conversaram com várias pessoas da comunidade com interesse no grupo e evidenciaram que, por se tratar de períodos quentes do ano, o primeiro horário da manhã seria mais agradável para caminhar.

A enfermeira procurou então os técnicos de enfermagem, pois estes tinham demonstrado preocupação durante a atividade do bastão da fala sentindo-se sobrecarregados no início da manhã, visto que esse é o momento com maior fluxo de pacientes na unidade. Nessas conversas, utilizou princípios da CNV, adotando a estratégia de perguntas restaurativas que visam desencadear diálogos colaborativos, pois facilitam a reflexão e a escuta de sentimentos e necessidades e ajudam a restaurar as relações rompidas, além de trazer maior clareza do que está acontecendo, levando também à verificação de diferentes pontos de vista⁵. A enfermeira realizou algumas perguntas e observou que os técnicos se mostraram mais colaborativos a participar da atividade em determinados dias da semana em que o fluxo de pacientes não era tão intenso no início da manhã e que então um técnico poderia verificar os sinais vitais dos participantes.

A conversa com esses trabalhadores buscou

seguir os quatro componentes da CNV: observação, reconhecer os sentimentos envolvidos com os fatos observados, reconhecer as necessidades e os pedidos, mostrando-se de extrema importância para que a enfermeira pudesse programar a próxima reunião de equipe, entrando assim em um terceiro momento de mudanças. Adotar a CNV na rotina das atividades do gerente significa ouvir na sua essência as observações, sentimentos, necessidades e pedidos manifestados pela equipe, sem julgamento do que motiva cada expressão. É importante destacar que a forma de falar transmitindo calma e o tom de voz agradável, utilizados na reunião, fizeram toda diferença quando o pedido foi realizado para a equipe⁹.

Os componentes da CNV demonstraram que são ferramentas importantes e que podem fazer a diferença no sucesso da abordagem nos conflitos, se utilizados pelos gerentes/líderes da equipe.

Se o gerente da Unidade não está preparado e motivado para trabalhar com os conflitos que aparecem rotineiramente na equipe, ele acaba transformando seus pedidos em exigências e sendo interpretado como agressivo pelas outras pessoas. Normalmente, os profissionais não são capacitados pelas universidades ou por seus empregadores para gerenciar conflitos, e somente após uma série de equívocos e inimizades acabam buscando aperfeiçoamento para minimizar os problemas que enfrentam no dia a dia.

TERCEIRO MOMENTO

A enfermeira reuniu as informações trazidas pelos ACS e pelos técnicos de enfermagem e preparou uma proposta para ser avaliada e discutida pelos profissionais, sobre o formato do grupo de caminhada. A reunião foi preparada novamente segundo a concepção do Processo Circular, uma vez que a ferramenta foi bem avaliada pela equipe.

Após as falas no círculo sobre a nova proposta, a equipe pôde refletir e perceber que poderia pensar em outras estratégias para

desenvolver o grupo e não comprometer as atividades realizadas internamente na Unidade e decidiram apoiar a estruturação do grupo de caminhadas, com corresponsabilização pela condução das atividades e escala de participação dos profissionais no grupo.

Utilizar o Processo Circular e a CNV para ouvir, motivar e estimular a cooperação da equipe foi fundamental para desenvolver o grupo. As estratégias utilizadas despertaram nos integrantes da equipe a corresponsabilidade no cuidado com a população de hipertensos e diabéticos que reside em sua área de abrangência.

Foi possível observar a singularidade dos membros da equipe, como seres humanos, alguns mostrando disponibilidade e flexibilidade, outros alguma resistência por sair de suas zonas de conforto.

O grupo da caminhada na Unidade de Saúde Alvorada começou com poucos participantes, mas com o passar dos dias, com mais pessoas convidadas pela equipe, foi tomando proporções maiores. É perceptível que existe rotatividade entre seus integrantes, pois eles participam quando podem, não é um grupo fechado, mas os mais assíduos estão sempre presentes.

A participação dos pacientes no grupo demonstrou maior entrosamento com a equipe; e nos pacientes mais assíduos, após aproximadamente um ano do grupo, é possível verificar alguma melhora nos índices pressóricos e glicêmicos. Os ACS se mostraram mais uma vez importantes no elo entre a comunidade e a equipe, pois são eles que acompanham rotineiramente as caminhadas na Unidade, contribuindo para o sucesso do grupo.

Considerações finais

A implementação de práticas restaurativas por meio da utilização da CNV e do Processo Circular produziu resultados positivos, como o resgate de relações interpessoais,

uma maior integração e responsabilização da equipe de saúde, a produção de encontros com foco na escuta que facilitaram a reflexão coletiva, uma qualificação da gestão do trabalho e o retorno dos grupos de caminhada para hipertensos e diabéticos.

A lógica de escuta qualificada e a utilização dos componentes da CNV contribuíram efetivamente para o planejamento em conjunto, despindo os participantes de julgamentos, permitindo que cada integrante pudesse contribuir de forma mais assertiva para o desenvolvimento das atividades propostas.

O profissional que assume uma posição de liderança na equipe deve não só ter empatia e respeito pelos demais profissionais, mas também conviver com opiniões diferentes e tentar conhecer as limitações e potencialidades de sua equipe. As práticas restaurativas auxiliam nesse processo, pois colocam o líder em posição semelhante aos demais, gerando oportunidades de participação iguais, permitindo a expressão da equipe, sem imposições. Dessa forma, o grupo constrói ambiente de responsabilização mútua, minimizando possíveis crises e conflitos interpessoais.

Ressalta-se a importância de que sejam realizados estudos nessa área, bem como a introdução da temática em disciplinas durante o período de formação, a fim de apresentar aos profissionais da gestão e da assistência ferramentas para lidar com conflitos que possam ocorrer em suas futuras atuações profissionais.

Colaboradores

Os autores tiveram tarefas distintas: Antoniassi CP (0000-0001-9974-6088)*, Pessotto JG (0000-0002-8739-0026)* e Bergamin L (0000-0002-8081-6231)* contribuíram para a concepção e o planejamento; revisão crítica do conteúdo; e para aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Figueiredo WM, Camargo AM, Ribeiro LG. Estratégia da saúde da família: avaliação da percepção da comunidade / Family health strategy: assessment of community perception. *Braz. J. of Develop.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 21]; 4(6):3579-96. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BRJD/article/view/364>.
2. Pinho LB, Santos SMA. O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enferm.* [internet]. 2007 [acesso em 2019 jan 19]; 12(3). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10038>.
3. Cecílio LCO. Can conflict be used as the “raw material” for health services management? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2005 [acesso em 2019 jan 21]; 21(2):508-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2005000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
4. Ferrão IS, Santos SS, Dias ACG. Psicologia e Práticas Restaurativas na Socioeducação: Relato de Experiência. *Psicol cienc Prof* [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 16]; 36(2):354-363. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000200354&lng=en&nrm.
5. Abrahão AL, Franco CM. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado. Niterói: CEAD-UFF; 2016.
6. Pranis K. *Processos Circulares*. São Paulo: Palas Athena; 2010.
7. Amstutz LS, Mullet JH. *Disciplina restaurativa para escolas: responsabilidade e ambientes de cuidado mútuo*. São Paulo: Palas Athena; 2012.
8. Brancher L, Kozen A, Aguinisky B. *Justiça Restaurativa*. Brasília, DF: CEAG; 2011. [acesso em 2019 dez 20]. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/jij/apostila_ceag/MODULO_IX.pdf.
9. Rosemberg MB. *Comunicação Não-Violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Ágora; 2006.

Recebido em 18/02/2019

Aprovado em 14/11/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Furando ondas para a qualificação dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde

Hitting waves to qualify the managers of Basic Health Units

Luzia Maria da Guia Malta Prata¹, Elzimar Palhano dos Santos^{2,3}, Rosiane de Araújo Ferreira Polido⁴, Ândrea Cardoso de Souza⁵

DOI: 10.1590/0103-11042019S615

RESUMO Este manuscrito apresenta uma narrativa de tutores de diferentes estados do Brasil sobre a experiência do exercício da tutoria, no período de 2016 a 2018, no âmbito de um curso de aperfeiçoamento de modalidade semipresencial direcionado a gestores de Unidades Básicas de Saúde. Um dos grandes desafios da atenção à saúde constitui-se na qualificação de gestores para atuação no Sistema Único de Saúde. Aos gerentes de Unidades Básicas de Saúde, são necessárias competências de gestão clínica e do cuidado para que sejam produzidos modos efetivos de fazer saúde de maneira colaborativa e efetiva. Os processos de gestão na esfera da atenção básica requerem o uso de ferramentas que possibilitem a adoção de outros modos de ser gerente, como o processo circular, a comunicação não violenta, o fluxograma descritor, o projeto terapêutico singular, além da valorização das tecnologias relacionais para a qualificação dos processos de gestão. Constatou-se a capacidade do curso para a ativação de mudanças na qualificação de profissionais para o exercício da gestão de unidades básicas, haja vista o seu potencial de provocar deslocamentos de olhares, posições e saberes no que concerne à função de gerência.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Educação a distância. Tutoria.

ABSTRACT *This manuscript presents a narrative of tutors from different states of Brazil regarding the experience of tutoring, from 2016 to 2018, as part of a semi-presential improvement course aimed at managers of Basic Health Units. One of the major challenges of health care is the qualification of managers to work in the Unified Health System (SUS). Managers of basic health units need skills of clinical management and care to produce effective ways to make health care in a collaborative and effective way. Management processes in the sphere of primary care require the use of tools that enable the adoption of other ways of being a manager, such as the circular process, nonviolent communication, the descriptor flowchart, the unique therapeutic project, besides the enhancement of relational technologies for the qualification of management processes. The ability of the course to activate changes in the qualification of professionals for the management of basic units is verified, considering its potential to provoke shifts of perspectives, positions and knowledge regarding the management function.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health management. Education, distance. Mentoring.*

¹ Universidade Federal de Alagoas (Ufal) – Maceió (AL), Brasil.
luziamalta@hotmail.com

² Secretaria Municipal de Saúde – Lago da Pedra (MA), Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde – Alto Alegre do Pindaré (MA), Brasil.

⁴ Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – Uberlândia (MG), Brasil.

⁵ Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Três ondas e muitos movimentos

Este artigo consiste no relato de uma experiência vivenciada no exercício de tutoria no âmbito do Curso de Aperfeiçoamento para Gestores de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, na modalidade semipresencial, desenvolvido por uma universidade pública do estado do Rio de Janeiro, em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS). O curso tem como principais objetivos: qualificar gerentes¹ de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a gestão clínica e gestão do cuidado² e apoiar a incorporação de ferramentas de gestão na atenção básica.

A função do gerente das UBS, até junho de 2018, não possuía um perfil técnico definido pelo MS. Em todo o território brasileiro, esse cargo é, na maioria das vezes, exercido por profissionais com baixa escolaridade, com pouco ou nenhum conhecimento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os quais são inseridos nas UBS por indicação política. Suas atribuições geralmente são limitadas aos aspectos administrativos e burocráticos, com raríssimas interações com a equipe de saúde, comunidade e território no qual a unidade está inserida.

No entanto, a gerência das UBS requer profissionais qualificados para o desempenho de tal função. Nesse sentido, faz-se necessária a aquisição de competências para que os profissionais de saúde possam operar o cotidiano na posição de gerente, o que justifica o desenvolvimento de movimentos de formação e qualificação de profissionais de saúde para a função 'gerente' de UBS.

Metodologia

Este manuscrito trata-se de um relato de experiência vivenciada pelos tutores do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado.

O método adotado foi a narrativa³, técnica de pesquisa qualitativa que valoriza os acontecimentos. A potencialidade da adoção da narrativa na pesquisa consiste em uma possibilidade de entendimento da experiência e geralmente é constituída por relatos ou registros escritos.

Esta narrativa descreve a experiência dos tutores nas três edições do curso já concluídas (2016-2018), que teve como público-alvo prioritário os gestores de UBS.

O curso tem como objetivo instrumentalizar a prática da gestão das UBS por meio do desenvolvimento de competências, que vão desde a gestão de insumos e pessoal até o monitoramento de indicadores de saúde. No entanto, o curso inova ao propor a adoção de ferramentas de gestão apoiadas na micropolítica, valorizando a adoção de tecnologias leves. As ferramentas trabalhadas e apontadas como as que obtiveram mais êxito em sua implantação nas unidades foram o fluxograma descritor, o processo circular, a comunicação não violenta, a adoção de linhas de cuidado e o projeto terapêutico singular.

As ondas para a qualificação dos processos de gestão da atenção básica

Desde a implantação do antigo Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, até os dias atuais, a coordenação das UBS é exercida prioritariamente por enfermeiros que frequentemente acumulam atribuições preconizadas pela Pnab, como a de gerir a organização e funcionamento da UBS e a de orientar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atribuições estas que geram sobrecarga e os afastam da gestão do cuidado com os usuários dos serviços.

Com a Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018, do MS, instituiu-se um perfil técnico para o exercício do cargo de gerente, como consta no art. 85-B, § 4º. Dentre os parâmetros definidos nesta portaria, destacamos três:

o gerente deve possuir nível superior; carga horária de 40 horas/semanais; e desenvolver na integralidade as atribuições pertinentes à função que constam na PNAB⁴.

Apesar da portaria instituída há mais de um ano, ainda não houve um movimento importante dos municípios em atender de forma satisfatória aos parâmetros estabelecidos, e acredita-se que ainda levará um tempo considerável para que os serviços se adequem às determinações contidas na referida portaria.

Entretanto, é importante salientar que o DAB/MS, desde o ano de 2016, tem investido na oferta de cursos de formação para a qualificação dos gerentes das UBS, considerando a necessidade de um profissional que possa atuar de fato como gestor de saúde, inserido no cotidiano das ações e serviços, que desenvolva ações de integração entre serviço-comunidade e que atue no gerenciamento de conflitos, buscando uma gestão participativa, inclusiva e colaborativa.

Dessa maneira, o DAB/MS e a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, firmaram uma parceria com vistas a construir coletivamente um curso de aperfeiçoamento destinado aos gerentes de UBS que tivesse foco na gestão da clínica e do cuidado, fundamentado na perspectiva da micropolítica e na Educação Permanente em Saúde (EPS).

Por dentro das ondas

Desde 2016, foram realizadas três edições do curso para todo o território brasileiro, denominadas pelos tutores como primeira, segunda e terceira onda. Uma característica desse curso é a qualificação não apenas dos gerentes, mas também dos tutores para esse outro modo de desenvolver a Educação a Distância (EaD). Um fato que possibilita um mergulho/nado na proposta do curso por parte dos tutores é a manutenção de grande parte destes em todas as edições, o que favorece uma imersão profunda na proposta, nos conteúdos e referências trabalhadas e nos processos de avaliação.

Um espaço marcante do curso relacionado com a formação para a função ‘tutor’⁵ se deu na abertura de cada onda, quando acontece uma oficina presencial com a participação de todos os tutores, integrantes da coordenação e representantes do DAB/MS. Nestas, os conteúdos foram conversados e reformulados, os tutores apresentaram notícias de como os cursos estavam acontecendo nos estados das diferentes regiões do País, trocaram dúvidas e experiências; e, com isso, criou-se um vínculo de amizade e circulação de afetos, os quais, apesar das dificuldades, nos motivaram e nos encheram de gás para a nova onda.

Os três encontros presenciais previstos no desenho do curso oportunizaram um espaço de aprendizagem entre os gestores, preceptores e coordenadores, mediante as trocas de vivências e experiências. Nestes, também foram trabalhadas diferentes ferramentas⁶.

Com o intuito de contribuir para os processos de comunicação entre os integrantes das equipes, para o estabelecimento de vínculos com a comunidade, para o acolhimento dos usuários, entre outros, o que acreditamos contribuir para a melhoria dos processos de gestão das UBS, esses encontros se constituíram em dispositivos potentes para a formação dos gerentes das UBS. São essas experiências⁶ que pretendemos compartilhar, pois, durante o curso, motivamo-nos a fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS) que valorizamos e nos enchemos da possibilidade de acreditarmos em um SUS que dá certo.

A opção pela EaD contribui para que a aprendizagem aconteça no trabalho tal como ele se realiza e nos cenários nos quais ele acontece, tendo em vista que aprender com a própria experiência faz com que o gestor/gerente consiga manejar de forma eficaz as situações que enfrenta no cotidiano da atenção básica.

O curso, objeto deste relato, acontece na modalidade semipresencial, portanto, com momentos de imersão e de dispersão. Sua dinâmica prevê três encontros presenciais no estado de moradia dos alunos, e acontecem no início, meio e término de cada edição,

com duração de dois dias cada, distribuídos ao longo de 24 semanas. Os encontros presenciais são fundamentais na medida que contribuem para a integração entre os alunos e o tutor, para trocas de experiências entre os gestores, e para a consolidação de vínculos e redes entre os alunos, favorecendo a criação de atos colaborativos entre gestores em um mesmo estado. A participação nos três momentos presenciais é condição obrigatória para a certificação. O acompanhamento a distância acontece por meio de uma plataforma on-line, fóruns on-line, *chat*, *e-mail* e WhatsApp.

Tendo em vista o alcance dos objetivos do curso, a avaliação é processual e formativa, utilizando vários instrumentos coletivos e individuais, como o debate em fóruns de discussão on-line mediados pelos tutores e o envio de atividades individuais que relatam as vivências relacionadas com a aplicação das principais ferramentas de gestão trabalhadas no curso (fluxograma descritor; processos circulares; métodos para a gestão e controle de materiais; linhas de cuidado; e projeto terapêutico singular).

O curso está organizado em três grandes Unidades de Aprendizagem (UA): Gestão do Processo de Trabalho em saúde, Gestão de Materiais e Gestão em Redes, Linhas de Cuidado e Planejamento Participativo. As UA integram-se e interagem entre si por meio da discussão de casos e reflexões das práticas dos alunos.

Considerando que os processos de trabalho em saúde não são estanques e que devem ser pactuados entre a gestão e os trabalhadores, tendo como foco as necessidades dos usuários¹, a reflexão crítica e contínua dos processos de trabalho e o alcance dos resultados são fundamentais para o trabalho. Quanto mais complexo e menos sistematizado for o processo de trabalho, mais difícil será refletir sobre ele. Assim, o curso propõe ferramentas para a análise coletiva dos processos de trabalho das equipes, entendendo que essa análise produz reordenações e novos pactos entre a gestão e os trabalhadores de saúde.

Buscando trabalhar os conflitos decorrentes do trabalho nos serviços de saúde como

oportunidades de aprendizagem², o curso propõe várias ferramentas para instrumentalizar os gestores no cotidiano, entre elas, as técnicas de planejamento de reuniões produtivas, práticas restaurativas, comunicação não violenta e processos circulares, que visam à construção da grupalidade, assim como à otimização da produção do cuidado com os usuários.

Para os tutores, a utilização de um caso para refletir sobre processos de trabalho e a produção do cuidado têm sido um grande facilitador e exercício prático de aprendizagem. De igual maneira, a proposta da formulação do fluxograma descritor do processo de trabalho e a vivência do processo circular com integrantes da equipe e nos serviços em que os alunos atuam têm proporcionado um conhecimento diferenciado, valorizando a experiência, o fazer interprofissional⁷ e o espaço dos serviços dos alunos como campo prioritário para a produção e adoção de outros modos de gestão das UBS.

Com base no conceito da aprendizagem significativa, o primeiro encontro presencial do curso objetiva: acolher o aluno; promover a integração/afeto/vínculo entre os participantes e o tutor; apresentar a dinâmica do curso e seu sistema de avaliação; estabelecer um pacto de trabalho para os momentos a distância; auxiliar na elaboração do plano de estudos singular; apresentar o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e as suas principais ferramentas, neste caso, o Moodle. Todas essas atividades são apoiadas pelo tutor. Considera-se que o primeiro encontro é estratégico para a integração e para a redução da evasão do profissional/estudante, tendo em vista o acolhimento e o estabelecimento dos laços de afeto e do vínculo.

É importante destacar o cuidado empreendido pela coordenação do curso, e ratificado pelos tutores, no que tange aos encontros presenciais, pois a proposta é que, durante a sua realização, os conteúdos/ferramentas que serão trabalhados nas UA seguintes sejam apresentados antecipadamente, objetivando

facilitar a experimentação destas de modo coletivo com o tutor e com os demais alunos.

No segundo encontro presencial, quando as relações já estão mais estabelecidas, o momento é tomado para esclarecimento de dúvidas da primeira UA. Assim, ele é iniciado a partir de uma 'roda de trocas e resgate', momento no qual os alunos compartilham as vivências/experiências, como o uso das ferramentas de gestão do processo de trabalho nas equipes, em especial, o processo circular e o fluxograma descritor do processo de trabalho, problematizando os nós críticos identificados e trazendo à superfície os tensionamentos e as experiências da aplicabilidade das ferramentas.

Na sequência, o tutor apresenta a UA Gestão de Materiais nas Unidades de Saúde e propõe uma atividade prática para elaboração de uma planilha eletrônica para controle de estoque e manutenção de recursos materiais. Nas duas primeiras versões do curso, essa atividade foi feita a distância, mas devido à percepção de que os alunos apresentavam muitas dificuldades para a execução desse exercício avaliação e de que esse momento coincidia com um período de maior evasão dos alunos, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, optou-se por realizar essa atividade presencialmente. Ainda no segundo encontro, os alunos venciam uma ferramenta de gestão em rede, o projeto terapêutico singular, que é exercitado em pequenos grupos por meio de um caso clínico.

Também no segundo encontro propõe-se a formulação de um projeto de intervenção, que deve estar circunscrito ao espaço do serviço e/ou rede de saúde na qual o gestor está inserido. Este se constitui na avaliação final do curso, é formulado de modo processual, facultando ao gestor/aluno apresentá-lo de diferentes maneiras (conto, poesia, cordel, música, filme, repente, entre outras), embora seja recomendado o formato de narrativa.

A opção pela narrativa³ é uma aposta do curso, pois acreditamos que ela permite trazer à tona as implicações dos alunos, possibilita a captação dos movimentos, das reflexões e inquietações que surgem durante o caminho

e dos conflitos que emergem na vivência da aplicação das ferramentas nos serviços. Nossa experiência também permite inferir que essa escolha se justifica, entre outras, pela pouca vivência na produção acadêmica da maioria dos profissionais de saúde.

A finalização do curso acontece com a realização do terceiro encontro presencial, com as apresentações das narrativas, constituindo-se em um momento rico, diferenciado e produtivo de compartilhamento das possibilidades, potências e desafios produzidos pela reflexão das práticas e da gestão da clínica e do cuidado em saúde.

Embora o planejamento dos encontros tenha base em um roteiro proposto pela equipe da coordenação nacional, o tutor tem autonomia para alterá-la de acordo com as peculiaridades e necessidades regionais.

Ao término de cada edição, também são realizadas oficinas para a avaliação, com representantes dos tutores, dos alunos, do DAB/MS e dos integrantes da coordenação do curso.

Os processos de formação para a gestão das Unidades Básicas de Saúde

Após três versões desse curso e duas oficinas de avaliação, os tutores avaliam que os encontros presenciais são essenciais para o sucesso e para a qualidade do curso, especialmente o primeiro, fundamental para a construção de vínculos entre os integrantes da turma, fato que contribui para a menor evasão dos alunos. O segundo encontro é peculiar, pois possibilita um resgate de alguns alunos e é uma oportunidade de adquirir novo fôlego para a uma nova imersão no curso.

Uma estratégia do curso é dar ênfase à proximidade entre coordenadores, tutores e alunos, estimulando o estabelecimento de vínculos e tomando o tutor como articulador de afetos, de trocas de experiências, considerando-os eixo-ferramenta para os processos de aprendizado⁸.

Na EaD, é preciso tornar os momentos presenciais significativos, que são diferentes de aulas presenciais previstas em um curso presencial, sendo necessária a adoção de atividades dinâmicas, que promovam o vínculo e a integração, fortalecendo a grupalidade e a colaboração que tende a permanecer nos momentos a distância⁹.

Constatou-se uma baixa taxa de evasão nas ondas, e um dos fatores por nós atribuído foram os encontros presenciais que, no caso desse curso, constituem-se em momentos marcantes, cheios de vida, de potência, de danças, músicas, fotografias, de alegrias, de compartilhamentos e de trocas.

Considerando a baixa evasão dos alunos, a diversidade, a qualidade e a potência dos projetos de intervenção para produzir mudanças nos modos de operar a gestão da clínica e do cuidado nos serviços saúde, nas três versões do curso, os tutores avaliam que os objetivos propostos relacionados com a qualificação

da gestão para o SUS estão sendo alcançados e que o curso vem contribuindo de maneira efetiva, diferenciada e inovadora para a adoção de outros modos de gestão das UBS.

Colaboradores

Prata LMGM (0000-0002-7082-9522)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, e aprovação da versão final do manuscrito. Santos EP (0000-0003-4397-7121)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Polido RAF (0000-0002-1464-5622)* contribuiu para o planejamento, a análise e revisão crítica do conteúdo. Souza ÂC (0000-0002-6549-8634)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. 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. 22 Set 2017.
2. Cecílio LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso em 2019 mar 26]; 21(2):508-516. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200017>.
3. Universidade Federal Fluminense. Coordenação de Educação a Distância. Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado [internet]. Niterói: UFF; 2017 [acesso em 2019 mar 26]. Disponível em: <http://epubs.cead.uff.br/site/>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. 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. 29 Jun 2018.
5. Moran JM. A educação que desejamos: novos desafios e como chegar lá. Campinas: Papyrus; 2007.
6. EPS em Movimento. O aprender e o engendramento de um novo campo de possibilidades - OUTRAR-SE. Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde - OTICS [internet]. Rio de Janeiro: Otics; 2014 [acesso em 2019 mar 26]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos-em-cena/arquivos-em-pdf/o-aprender-e-o-engendramento-de-um-novo-campo-de-possibilidades-outrar-se/view>.
7. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. Interface (Botucatu) [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 26]; 20(56):199-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>.
8. Rodrigues LS, Gontijo TL, Cavalcante RB, et al. A evasão em um curso de especialização em Gestão em Saúde na modalidade a distância. Interface (Botucatu) [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 1]; 22(66):889-901. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0129>.
9. Almeida OCS, Abbad G, Meneses PPM, et al. Evasão em cursos a distância: fatores influenciadores. Rev Bras Orientac Prof [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 26]; 14(1):19-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-33902013000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Recebido em 02/04/2019
Aprovado em 16/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Micropolítica da gestão e trabalho em saúde em um curso de Educação a Distância para gerentes da Atenção Primária à Saúde

Micropolitics of health management and work in a Distance Education course for Primary Health Care managers

Magda de Souza Chagas¹

DOI: 10.1590/0103-11042019S616

RESUMO Esse artigo teve como objetivo apresentar a elaboração do Curso de Aperfeiçoamento em Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, na modalidade Ensino a Distância (EaD). Para isso, o relato de experiência foi utilizado como método. O curso foi elaborado por docentes da Universidade Federal Fluminense a partir de demanda do Ministério da Saúde, entre os anos de 2016 e 2019, e adotou como base, na Proposta Político-Pedagógica (PPP), a micropolítica do trabalho. Para o alcance da PPP, foram criadas ou incorporadas algumas ferramentas, elaborado material didático pelos próprios docentes, construídas estratégias na formação dos tutores e alguns conceitos relacionados com o desenvolvimento da autonomia para a vida na construção da relação tutor-aluno. Concluiu-se que os alunos e alunas construíram atividades e trabalhos de conclusão que explicitaram atividades micropolíticas no processo de trabalho. Além disso, foi possível destacar que o fato de os membros da coordenação terem participado ativamente de todo o processo do curso, além de ter possibilitado educação permanente para cada um(a), favoreceu a construção e o fortalecimento da identidade institucional do curso, potencializou as ações e as intervenções pedagógicas de apoio aos tutores e facilitou alterações a partir das avaliações e das reavaliações.

PALAVRAS-CHAVE Educação a Distância. Gestão em saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação permanente em saúde. Micropolítica.

ABSTRACT This article aims to present the elaboration of the Improvement Course in Management of Basic Health Units, Clinical and Care Management, in the Distance Learning (EaD) modality. For this, the experience report was used as a method. The course was prepared by professors from the Fluminense Federal University (UFF) based on a request from the Ministry of Health, between 2016 and 2019, and adopted as a basis, in the Political-Pedagogical Proposal (PPP), the micropolitics of work. To achieve the PPP, some tools were created or incorporated, teaching material was prepared by the teachers themselves, strategies for the formation of tutors were built, as well as some concepts related to the development of autonomy for life in the construction of the tutor-student relationship. It was concluded that students built activities and graduation works that made explicit micropolitical activities in the work process. Furthermore, it was possible to highlight that the fact that the coordinating members actively participated in the whole process of the course, in addition to allowing permanent education for each one, favored the construction and strengthening of the course's institutional identity, enhanced the actions and pedagogical interventions to support tutors and facilitated changes from evaluations and reassessments.

¹ Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.
magdachagas@id.uff.br

KEYWORDS Education, distance. Health management. Primary Health Care. Permanent health education. Micropolitics.



Introdução

A mudança no modelo de saúde brasileiro teve início com a Reforma Sanitária nos anos 1970, culminando no Sistema Único de Saúde (SUS) garantido a partir da Constituição Federal no final da década de 1980; e as leis elaboradas ainda na década de 1990 possibilitaram rearranjos do sistema de saúde que até então encontrava-se fortemente hospitalocêntrico e médico centrado. Um dos principais rearranjos ocorreu e ocorre no primeiro nível de atenção, na Atenção Primária à Saúde (APS), e teve importante dinamizador: o Programa de Saúde da Família. A proximidade com a comunidade, com a família, com o território físico e existencial das pessoas alterou a dinâmica da construção de oferta de cuidado em saúde. Certo alargamento de olhar, que ocorreu concomitantemente com a expansão da cobertura nas últimas três décadas¹.

O crescimento da APS não ocorre ou ocorreu somente na expansão territorial. Esse nível de atenção à saúde, que era visto como de pouca importância, passa a representar a principal porta de entrada do usuário(a) no SUS, ser o coordenador do cuidado e ter a responsabilidade da ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)². Diante de tamanho crescimento e responsabilidade, a pergunta que surge é: o quanto os(as) profissionais da APS estão preparados(as) para realizar e desempenhar as atividades necessárias?

A gerência da Unidade Básica de Saúde (UBS) em maior número é realizada por enfermeiras(os)³⁻⁵. No entanto, independentemente do profissional que assume a função de gerência, ela é exercida na atividade da assistência. Além da função, com raras exceções, a ocupação de ‘cargo’ ocorre sem capacitação delas(eles). Esse é um dado importante ante a expansão da atenção primária no SUS, o direcionamento para que esse nível de atenção coordene o cuidado que deve acontecer em rede, o que aumenta a complexidade da atuação⁶, além da necessidade de organizar o cuidado na própria unidade de saúde.

O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo o singular e importante papel a ser desempenhado pelo gerente da UBS e a pouca oferta de capacitação específica ao longo dos anos – mesmo diante da descentralização e da construção de propostas e reconhecimento de participação ativa e responsabilidade por parte das secretarias estaduais de saúde na capacitação de recursos humanos para esse nível de gestão^{7,8} –, estabeleceu parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF) para desenvolvimento e realização de curso de atualização para gerentes da atenção básica na modalidade Ensino a Distância (EaD).

A parceria estabelecida ocorreu com o grupo de professores(as) da UFF que desenvolve atividades na área da saúde coletiva e tem elaborado cursos de EaD desde 2013 com abordagem centralizada na micropolítica do cuidado em saúde. Dar corpo à experimentação micropolítica no ensino à distância tem sido nosso principal marcador e diferenciador, dado que o conceito em si de micropolítica ainda parece impalpável e subjetivo para alguns. Desenvolver, como aliados à experimentação sensível, material a ser utilizado no processo de aprendizagem que não seja conteudista e que favoreça o encontro é o que temos tentado fazer.

Construir ferramentas de aprendizagem para EaD que chame atenção e cativo o aluno (a aluna) e que, ao mesmo tempo, possa provocar reflexões e desenvolvimento de novos olhares e revisão de postura para si e na sua relação com o outro, principalmente o usuário do SUS, é desafiador. No entanto, o desafio foi potencializado quando pensamos e elaboramos material para um curso a distância que apresentasse valor de uso para as(os) trabalhadoras(es), que abarcasse, acolhesse e atendesse a singular diferença territorial brasileira, assim como a diversidade étnica, cultural, demográfica e existencial da população de cada canto desse país de dimensão continental, assim como cada profissional da área da saúde. Aqui, no caso da atenção primária, com tantos e distintos enfrentamentos diários e construção do ser e agir profissional na construção

do cuidado, esse desafio convocou cada um dos(as) envolvidos(as) à constantes reflexões e busca de novos arranjos.

Este artigo, portanto, tem como objetivo apresentar a construção desenvolvida para o Curso de Atualização de Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado, realizado na modalidade EaD semi-presencial por grupo de professoras(es) da UFF entre os anos de 2016 e 2019. Durante a elaboração do curso, foram desenvolvidas ferramentas com a intenção de construção de reflexão pelos profissionais sobre o seu processo de trabalho, entre outros pontos, como o de provocar estranhamentos e, quem sabe, a construção e busca de outros caminhos. Para alcançarmos o objetivo proposto, apresentaremos o desenvolvimento da estrutura pedagógica adotada, as estratégias utilizadas e as ferramentas que adotamos para cada unidade de aprendizagem. Assim, utilizaremos o relato de caso para abordarmos a experiência desenvolvida.

Desenvolvimento

A metodologia adotada para este texto trata-se de um relato de experiência de um dos membros da coordenação do curso que participou da elaboração da proposta e que realizou, com outros professores da UFF, curso de EaD para profissionais da APS que exerciam cargo de gerência.

Dialogando com Larrosa⁹, podemos tomar a palavra experiência como algo que nos passa, nos acontece, conhecimento lapidado na prática e assim podendo ser experimento vivificado. Dessa forma, a experiência não pode ser controlada como quando se realiza um experimento de laboratório, pois é algo que nos acomete e nos atravessa.

Como aponta Simon¹⁰, o compartilhar experimentações e construções de conhecimentos e aprendizagem é necessário e poderia ser pela sua simples socialização e democratização, mas não fica apenas nesse ponto. Relatar a experiência vivida é colocar autor(a) em

processo de reflexão sobre o seu agir e fazer e, assim, produção de teoria e novos olhares. Uma construção de alteridade em si.

Dessa forma, a ideia é compartilhar os caminhos trilhados por nós e as construções de reflexões que realizamos como grupo que, ao construir o curso, constrói-se, constitui-se e fortalece-se como grupo. A primeira experimentação ocorreu e ocorre em cada um de nós.

A problematização foi a base pedagógica, dado que permite ao aluno refletir sobre o seu processo de trabalho ao mesmo tempo que constrói elementos de melhoria para a qualidade da assistência e do cuidado

A Proposta Político-Pedagógica (PPP) foi elaborada tendo como centro o trabalho exercido no âmbito da gestão da APS, compreendendo que ele não se desloca do trabalho para o cuidado, mas que há uma relação direta, um acoplamento entre ambas as dimensões do funcionamento das redes de saúde. Entendendo que a atividade de trabalho envolve necessariamente um aprendizado, e este é o pressuposto do método pedagógico do curso, justifica qualificá-lo como um processo de educação permanente. Os cenários de práticas foram insumos do conteúdo discutido no curso, e possibilitou a pactuação deles dentro dos temas fundamentais abordados.

Adotamos a micropolítica do trabalho como eixo condutor, tanto na construção do material didático quanto na capacitação dos tutores. Tomamos a micropolítica como aposta que, no processo relacional com o outro, constituímos espaços e processos de subjetivação que acontecem no território do encontro na saúde, seja no cuidado, seja na gestão em saúde, em que aquisição e incorporação de novos saberes se constituem na singular relação entre dois entes, que corrobora a formação de cada um dos envolvidos não apenas no espaço da formação acadêmica, mas inclusive no espaço da vida^{11,12}.

A PPP que tem a micropolítica do trabalho como alicerce acontece entrelaçada com os conceitos de Paulo Freire^{13,14} referentes à autonomia do outro, reconhecimento que todos 'são sabidos'; e assim a construção e

a incorporação de uma prática pedagógica horizontal. Aqui foi feita uma aposta no maior ativismo possível do participante ‘aprender a aprender’, ou seja, um protagonismo na busca do conhecimento, e isto foi explorado ao máximo pelo curso que priorizou e estimulou o estudo de situações-problema, casos da gestão, desafios e inovações, considerando o campo da gestão e do cuidado.

Se desejamos relações respeitadas, responsáveis e afetivas entre o gerente da APS e o usuário, entre o gerente e os profissionais da saúde e entre os profissionais e os usuários, precisamos incorporar esse desejo na formação ou na atualização dos profissionais, em processos de educação permanente que convidem cada um à reflexão e ao desenvolvimento de novas habilidades e construções diante do outro.

A proposta teve como foco a construção de um curso voltado para gestores do SUS vinculados à UBS e profissionais de saúde que atuam na APS. A sistematização desse processo tomou como base levantamento inicial sobre as funções do gerente e a identificação de valor de uso dessas atividades. Para aproximação, foram realizadas duas oficinas em Brasília com profissionais de saúde, representantes do MS e membros da coordenação do curso da UFF, em que foram definidas as principais áreas que representavam desafios para o gerente.

Assim, o curso trabalha com três macrocompetências e apresenta algumas ferramentas (sobre ferramentas abordaremos adiante). As macrocompetências estão relacionadas com a gestão do trabalho, com a gestão de insumos e com a gestão de redes de saúde. A partir da definição das macrocompetências, a proposta do curso e o material didático foram elaborados em três Unidades de Aprendizagens (UA):

- UA 1 – Gestão do Trabalho – Capacidade de promover espaços para diálogo e formação de vínculo com a equipe e os usuários, definindo acordos e regras, mediando conflitos e resolvendo questões pertinentes ao processo de trabalho.

- UA 2 – Gestão dos Insumos – Capacidade de valer-se dos recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, otimizando-os no apoio aos processos de cuidado e de orientação da equipe sobre a correta utilização desses recursos.

- UA 3 – Gestão de Redes – Capacidade de utilizar mecanismos para a construção de redes que favoreçam a gestão do cuidado considerando os diferentes atores e os demais serviços de saúde.

O material didático foi desenvolvido pelos membros da coordenação (professores da UFF) que se dividiram entre as três UA. A ideia que nos acompanhou e nos direcionou foi a elaboração de material didático que possibilitasse conversa, que provocasse reflexão no aluno/profissional; e assim desenvolvemos os seguintes pontos: Conteúdo não é carro chefe, é insumo, precisa ser oportuno e objetivo, não há hierarquia entre as UA, há possibilidade de nivelamento do aluno por disciplina, apoia o aprendizado a partir de um conjunto de estratégias e atividades. Dessa feita, as UA foram desenvolvidas com interfaces diretas com o mundo da gestão da APS e do cuidado, com casos inspirados em casos reais. Outro ponto importante que nos acompanhava durante a elaboração das UA foi que o material tivesse leveza, que fosse convidativo e que conversasse com diferentes realidades regionais, mas principalmente com a vida diária do gerente.

Dentro dessa perspectiva, construímos a estrutura pedagógica do curso, associando a dinâmica da micropolítica em saúde para organizar as oficinas de formação de tutores e a sustentação pedagógica da proposta, tendo como eixo fundamental que o mundo do trabalho é uma escola; e assim a problematização do cotidiano fundamentou as ações do curso.

A opção do MS pela educação a distância, no modo semipresencial, teve como intenção a oferta e a viabilização do curso ao maior número possível de profissionais da APS, uma vez que poderiam acessar o conteúdo e o tutor

de acordo com sua disponibilidade. Acoplados a essa opção e tendo como marcador o objetivo na formação, organização de redes e atenção à saúde, resolvemos adotar alguns eixos orientadores como: Autonomia, Singularidade e Processo de Subjetivação.

A EaD, quando estimulada, pode desenvolver e promover a aprendizagem colaborativa¹⁵. Ao olharmos para os gestores da saúde, a aprendizagem colaborativa, quando vivenciada e apreendida, pode se transformar em ferramenta também para o dia a dia no trabalho na saúde para além do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e dos encontros presenciais, dado que pode alimentar ou expandir as atividades no ambiente de trabalho da saúde, em que colaboração e corresponsabilidade são tônicas desejadas e esperadas.

Às etapas para o desenvolvimento da estrutura pedagógica adotada, estratégias utilizadas para a sua realização, elaboração do material didático, seguiu-se: construção da oficina pedagógica com tutores, construção de grupo de apoio aos tutores, plataforma virtual, proposta de acompanhamento das atividades do curso e proposta de acompanhamento de educação permanente com membros da coordenação e tutores.

A validação do conteúdo das UA ocorreu na Oficina de Formação dos Tutores realizada pelos membros da coordenação nacional do curso, que ocorreu em um período de dois dias intensivos, com todos os tutores do curso. Consideramos que este ator, o tutor, precisava

desenvolver olhar amplo, escuta diferenciada e adotar nos encontros (presenciais e virtuais) certa plasticidade e percepção aguçada ao outro. Pensar a formação dos tutores envolveu isso.

Além da elaboração do material didático, preparo e realização da oficina de formação, constituiu-se estrutura de apoio aos tutores, em que, para cada grupo de, no máximo, dez tutores, foi ofertado um membro da coordenação, no desempenho de coordenação (apoio) pedagógico. O coordenador pedagógico teve de, entre outras atribuições: participar dos momentos presenciais do curso, quando possível; colaborar com a seleção de alunos e tutores para o curso; acompanhar, apoiar, orientar, o trabalho dos tutores com os alunos e responder pelas questões de ensino.

Sobre as ferramentas

Cada UA apresentou, no mínimo, uma ferramenta que carregava como intenção de potencializar as ações do gerente em cada uma das macrocompetências; em outra lógica de organização da clínica e do cuidado a partir da gestão (reconhecendo que gestão e cuidado são ações indissociáveis) e que tivessem valor de uso.

O *quadro 1* apresentado abaixo refere-se resumidamente a cada uma das UA, as competências pretendidas para cada UA e as ferramentas elaboradas para o desenvolvimento dos objetivos e competências pretendidos.

Quadro 1. Relação das ferramentas de acordo com as Unidades de Aprendizagens

Unidade de Aprendizagem	Competências	Ferramentas
UA 1 – Gestão do Trabalho	<p>Capacidade de desenvolver trabalho em equipe; Aptidão de desenvolver estratégias de negociação e de mediação de conflitos; Capacidade de planejar de forma estratégica e avaliar resultados; Disposição de organizar/pactuar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (necessidade dos usuários, diretrizes da Política, gestão do tempo e da agenda – dos trabalhadores e do próprio gestor de UBS); Capacidade de identificar a necessidade de acionar atores externos (outros níveis de gestão, comunidade, no território); Capacidade de desenvolver a ética no ambiente de trabalho; Capacidade do gerente de exercer liderança, construir e ‘sustentar’ grupalidade no território da atenção básica; Aptidão de discutir com a equipe estratégias para organizar o processo de trabalho a partir das necessidades dos usuários; Capacidade de propor instrumentos que deem suporte ao processo de trabalho da equipe.</p> <p>Oferta conceitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização do processo de trabalho; • Modelo do cuidado usuário-centrado; • Trabalho em equipe; • Mediação de conflito (o que é conflito, conflito produtivo); • Gestão colegiada/compartilhada (espaço de escuta individual e coletivo); • Manejo de grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Fluxograma Descritor do Processo de Trabalho; – Processo Circular
UA 2 – Gestão dos Insumos	<p>Capacidade de desenvolver adequada alocação dos recursos; Aptidão de ampliar a gestão de insumos (manutenção, logística dos materiais, cuidar da ambiência da UBS).</p> <p>Oferta conceitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cálculo do consumo médio e previsão de gastos de insumos; • Monitoramento do uso de insumos; • Armazenamento dos insumos; • Ambiência (Política Nacional de Humanização – PNH, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ, PNAB) 	<ul style="list-style-type: none"> – Planilha Excel® de monitoramento com fórmulas – Kanban
UA 3 – Gestão de Redes	<p>Capacidade de exercer representação da UBS e articulação com demais atores da gestão, território e com os usuários; Capacidade de conhecer a rede de serviços do território e promover articulação intra e intersetorial e interinstitucional; Capacidade de promover encontros; Disposição de compreender o papel da atenção básica na rede de cuidados; Capacidade de desenvolver gestão participativa com o controle social; Capacidade de desenvolver a comunicação dando visibilidade à UBS, divulgando resultados e compartilhando experiências (comunidade de práticas, eventos, conselho, entre outros).</p> <p>Oferta conceitual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linhas de Cuidado; • Projeto Terapêutico Singular (PTS); • Redes de Atenção à Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> – Roteiro para elaboração da narrativa final de uma experiência de formação de rede local/territorial, ou da experiência de uma ação intersetorial. – PTS

Fonte: Elaboração própria.

Gestão de ensino e aprendizagem e estratégias pedagógicas para o desenvolvimento do curso

A gestão de ensino e aprendizagem foi construída para desenvolvimento e consolidação da relação tutor-aluno. A relação do tutor é de facilitador da aprendizagem, nesse sentido,

ele auxilia, motiva, orienta e estimula o desenvolvimento da aprendizagem autônoma do especializando. Autônoma, mas não solitária, uma vez que estimular o trabalho em grupo ou a busca de solução ou soluções diante de problematizações faz parte da estimulação do tutor para os alunos(as)¹⁶; valendo-se, entre outros meios, de recursos tecnológicos como o AVA, uma ferramenta na relação tutor-aluno.

O curso contou com momentos presenciais

e utilização da plataforma na internet. Foram realizados três encontros presenciais, com intervalo de dois meses, de forma descentralizada e o mais próximo possível das turmas formadas. O número de presenciais foi o diferencial do curso, cuja intenção foi tanto fortalecer a construção de vínculos entre os participantes como que cada aluno(a) experimentasse as ferramentas com o tutor e os demais alunos e alunas da turma; e, posteriormente, no momento da dispersão, exercitasse com suas equipes de trabalho e compartilhasse com a turma e o tutor.

Respeitando as diferenças regionais, nos estados com mais de uma turma, buscou-se que o primeiro encontro presencial fosse realizado no mesmo local em cada estado, agregando todos os alunos e tutores para possibilitar maior aproximação à proposta, familiarizar com a plataforma na internet, e estimular o estabelecimento de relações e vínculos entre os envolvidos durante os dois dias e, ao mesmo tempo, trabalhar conhecimentos e estabelecimento de rede. A partir desse primeiro momento, o curso foi desenvolvido contando com a plataforma na internet (plataforma Moodle) e outras ferramentas de comunicação a distância.

O terceiro presencial foi realizado em todas as turmas, sempre que possível, nos mesmos locais dos anteriores, e correspondeu à realização de seminário de encerramento quando foram apresentados os trabalhos de conclusão de curso dos participantes.

Sistema de avaliação

Nesse curso, trabalhamos e mesclamos a avaliação somativa e a avaliação formativa. A avaliação foi trabalhada como atividade permanente e crítico-reflexiva no processo de ensino-aprendizagem, nas ações educacionais, uma vez que não deve ser vista como um capítulo à parte, visto que ela faz parte do caminho do processo de aprender¹⁷. Adotamos avaliação durante todo o processo de ensino-aprendizagem e assim conseguimos perceber

os avanços, detectar dificuldades, as chances de agir ainda durante o curso, replanejar, ofertar ações contínuas com vistas à qualificação do processo e atingirmos os resultados esperados tanto pelo aluno(a), como por cada um de nós, profissionais envolvidos.

No processo de avaliação foi importante pensarmos nos três aspectos básicos: localizar os avanços, localizar as necessidades e localizar as potencialidades. A possibilidade de avaliar as conquistas e avanços de cada gestor(aluno e aluna), durante o processo de aprendizagem, pode operar como propulsor de mão dupla, dado que podem fortalecer a autoestima do tutor(a) e do aluno(a)/gerente, pois prepara novas aprendizagens; identifica as lacunas, as necessidades, os erros, as dificuldades para tomar consciência e superá-los, justamente aqui entra a intervenção. O terceiro aspecto é o mais sutil, o que não estava previsto em termos de objetivo e, assim, não se aplica à categoria de certo ou errado, que são as potencialidades, captadas com olhar sensível.

Um dos pontos primordiais no processo de avaliação que adotamos foi que não tem sentido realizarmos avaliação descolada de uma proposta de intervenção, assim como pensamos planejamento em saúde. Para a intervenção, na prática educativa, o principal elemento é a sensibilidade, a questão do olhar que carrega intencionalidade¹⁸.

Temos a tendência de um olhar classificatório. O olhar classificatório, da curva de Gauss ou da distribuição normal impede ver a pessoa como ela é. Ver o outro como ser humano, com direitos, com potencialidades, acreditar que ele pode aprender, que ele pode crescer, não negar a ele esse direito e, a partir desse olhar, construir a diferença. A questão do vínculo é importante. Para construirmos, para fazermos essa avaliação, precisamos de pessoas que estejam também dispostas a se avaliar. Avaliar e ser avaliado. Antes de falar da intervenção no outro, precisamos falar da nossa intervenção. Antes de avaliarmos o outro, necessitamos realizar autoavaliação, autonomia, autoria, do tutor(a) se fazer. Esses

aspectos da avaliação que decidimos assumir no curso foram apresentados e trabalhados com os tutores durante a oficina de formação e lembrados, quando necessário, durante acompanhamento pedagógico.

Adotamos a narrativa como ferramenta transversal de avaliação. Ela é uma forma leve de escrita, como se estivéssemos contando uma história a uma pessoa que não pôde estar presente, mas que tem interesse em saber o que aconteceu. Transversal porque toda atividade, de cada UA, alimentava a narrativa que foi construída ao longo do curso. A elaboração constante corroborava a ideia de avaliação formativa, dado que permitia ao tutor acompanhar o caminhar e o progredir de cada aluno, além de poder realizar e atualizar acordos e intervenções. No terceiro encontro presencial, momento de encerramento do curso, cada aluno apresenta seu percurso narrativo ao longo do curso e pode utilizar diferentes formas de expressão, inclusive artística. Vale destacar que os recolhimentos têm sido riquíssimos.

Além das avaliações realizadas ao longo e ao término, adotamos reavaliação a cada final de curso, a cada final de ‘onda’ (denominação que temos para cada edição do curso). Para a construção da reavaliação, elaboramos e disponibilizamos via Google Forms®, para todos tutores e alunos, que realizam avaliação do curso, da plataforma, do tutor, da coordenação, de cada UA e das atividades de avaliação proposta em cada UA. Após análise quantitativa e qualitativa do material, organizamos e realizamos oficina de avaliação do curso em que convidamos representantes dos alunos, dos tutores, representantes do proponente (MS) e membros da coordenação. A prática de reavaliação está em consonância com o que apontou Levy¹⁹, que trata dos avanços da proposta EaD alinhadas com reavaliação.

Conclusões

A construção de um curso EaD que se propôs incorporar micropolítica na construção da

proposta pedagógica apresentou múltiplos desafios, que começaram na construção do material didático convidativo que não fosse básico demais ou acadêmico em demasia, e atravessou na formação de tutores que conseguissem transitar por territórios existenciais distintos e; a partir destes, trabalhar a potência em cada um dos envolvidos. Um ponto alto de destaque foi o fato de alunos e alunas terem construído atividades no espaço de trabalho e, posteriormente, trabalhos de conclusão que explicitaram o exercício micropolítico no processo de trabalho.

O fato de os membros da coordenação participarem ativamente de todo o processo do curso, além de possibilitar educação permanente durante a construção, dado que nos atualizou e atualiza, favoreceu a construção e o fortalecimento da identidade institucional do curso, potencializou as ações e intervenções pedagógicas de apoio aos tutores e facilitou alterações a partir das reavaliações.

Foi possível avaliarmos muito positivamente a aposta feita na coordenação pedagógica no acompanhamento de dez tutores. Foi possível assegurar o desenvolvimento da PPP do curso, assim como fundamentalmente realizar educação permanente com os tutores diante de situações cotidianas que surgiam durante a realização do curso.

A construção de uma proposta de avaliação também formativa foi fundamental. Já durante a capacitação dos tutores, foi possível receber retornos quanto ‘a nova’ possibilidade de olhar para a questão da avaliação e assim novos olhares para o outro, seja o aluno, tutor, coordenação ou até mesmo o usuário do sistema de saúde.

As ferramentas utilizadas apresentaram e têm apresentado potência na discussão da aprendizagem e fomentado mudança no processo de trabalho da gerência, assim como na construção de relação com as pessoas (profissionais e usuários). Algumas foram muito bem avaliadas, principalmente do Processo Circular que lida diretamente com a organização da equipe e conflito. O Projeto Terapêutico

Singular (PTS) é a ferramenta que, no primeiro momento, em grande parte, desperta interesse comedido, dado que grande parte dos profissionais considera que já sabe, e somente durante a discussão e apresentação que o interesse ganha outra proporção e uso.

A EaD possibilitou que gerentes de diferentes estados e municípios do País pudessem receber a oferta do curso; e assim a oportunidade de trocas de ideias sobre gestão do cuidado, conflito, rede e insumos. Foram muitos os gerentes que relataram ser a primeira vez que participavam de uma formação e que algumas

palavras que ouviam e repetiam em algumas reuniões passaram a ter sentido, como a discussão e realização do PTS e que reconheciam o quanto o tema RAS precisava estar presente no dia a dia do que faziam, assim como não deixar de lado ou fugir quando o conflito surge.

Colaborador

Chagas MS (0000-0002-3616-6745)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Giovanella L. Atenção Primária em Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. *Divulg. saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 ago 30]; 51:30-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
2. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 30]; 22(4):1141-1154. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>.
3. Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016; 20(1):90-98.
4. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev bras enferm.* 2018; 71(1):752-757.
5. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2011; 19(1):1-8.
6. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Rev. eletrônica enferm.* 2007; 9(2):389-401.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2009. 282 p. [acesso em 2019 ago 28]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>.
8. Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde Soc.* 2011; 20(4):980-990.
9. Larrosa J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; 19:20-28.
10. Simon AA. Sistematização de processos participativos: o caso de Santa Catarina. *Rev. Bras. Agroecologia.* 2007; 2(1):540-543.
11. Guatarri F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
12. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
13. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
14. Freire P. *Pedagogia do Oprimido.* 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
15. Santos EO, Carvalho FSP, Pimentel M. Mediação docente online para colaboração: notas de uma pesquisa-formação na cibercultura. *Educ Temat Digit.* 2016; 18(2):23-42.
16. Martins AC, Falbo Neto G, Silva FAM. Características do Tutor Efetivo em ABP – Uma Revisão de Literatura. *Rev bras educ med.* 2018; 42(1):103-112.
17. Antunes, C. *A avaliação da aprendizagem escolar.* 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
18. Vasconcellos CS. *Avaliação da Aprendizagem – Práticas de Mudança: por uma práxis transformadora.* 10. ed. São Paulo: Libertad; 2013.
19. Levy S. Six factors to consider when planning online distance learning programs in higher education. *OJDLA.* 2003; 6(1):1-19.

Recebido em 07/10/2019
Aprovado em 18/11/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolverem seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil

Tel.: (21) 3882-9140/9140

Fax: (21) 2260-3782

E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

- 1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.
- 2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.
- 3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.
- 4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.
- 5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



DEMOCRACIA

SAÚDE

ASSOCIE-SE

<http://cebes.org.br/associados>

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Furginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Lucas Figueiredo (normalização/*normalization*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. especial 6; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br