

GERENCIAMENTO EM SAÚDE: O OLHAR DE TRABALHADORES DA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL¹

Flávio Adriano Borges*
Márcia Niituma Ogata**
Adriana Barbieri Feliciano***
Cinira Magali Fortuna****

RESUMO

O gerenciamento do trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família democrático e participativo consiste em um dos grandes desafios desse nível de atenção à saúde. Nesse sentido, desenvolveu-se este estudo qualitativo com o objetivo de analisar as concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre gerenciamento do trabalho em saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 profissionais de uma Unidade de Saúde da Família rural em cidade de médio porte do interior de São Paulo. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temático-categorial. Obtiveram-se três categorias de análise: Organização do trabalho em saúde para o alcance de metas; O gerenciamento marcado pela racionalidade e com foco no enfermeiro; Facilidades e dificuldades que permeiam a construção de espaços coletivos na Estratégia Saúde da Família. Considera-se que existe a necessidade de se atentar para o gerenciamento do trabalho na Estratégia Saúde da Família, com a necessidade de que os sujeitos se corresponsabilizem pelas pactuações e decisões tomadas em equipe, garantindo a fala e a escuta de todos. Além disso, é relevante que haja avaliação processual das ações implementadas e dos pactos realizados pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Administração de serviços de saúde. Atenção primária à saúde. Enfermagem de atenção primária.

INTRODUÇÃO

As teorias clássicas da administração científica (taylorismo e fordismo) orientam os métodos de trabalho na lógica da racionalidade, buscando a uniformidade na execução das tarefas por todos os trabalhadores. Nelas, prevalecem as relações impessoais no trabalho e se mantém a rigidez na divisão desse, fragmentando-o e separando a concepção de sua execução. Para alcançar tais pretensões, utilizam-se a seleção e o treinamento dos trabalhadores, visando impor uma maneira correta e padronizada de trabalho, além de gerenciamento do trabalho bastante rigoroso⁽¹⁾.

Esse modelo de gerenciamento, centrado na hierarquização, gera a dominação das ações de um indivíduo sobre as ações de outro e toda dominação culmina na diminuição da autonomia e da liberdade das pessoas. Tal fato, consiste no

alicerce da Racionalidade Gerencial Hegemônica^(1,2).

É nítida a influência desse modelo de organização do trabalho da sociedade capitalista sobre o trabalho em saúde, inclusive na maneira como ele tem sido gerenciado. Como efeito, percebe-se o apagamento da espontaneidade e da iniciativa, predominando a produção de uma subjetividade voltada apenas para a adaptação ao processo de trabalho⁽²⁾.

Quando se fala em gerência no contexto da saúde, está-se referindo ao trabalho executado em âmbito local, ou seja, dentro de uma unidade de saúde. Além disso, é perceptível que o modelo de gerenciamento do trabalho instituído, dentro de um estabelecimento de saúde, possui estreita relação com o modelo de produção do cuidado que, por sua vez, está alinhado ao projeto de gestão local⁽³⁾.

Há indicações de que o modelo de organização do sistema público de saúde

¹Artigo originado da dissertação de mestrado intitulada "Gerenciamento do trabalho em saúde: as concepções de profissionais e usuários da Estratégia Saúde da Família", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade de São Carlos no ano de 2013.

*Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: flavioborges@usp.br

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem Fundamental, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). E-mail: ogata@ufscar.br

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSCAR. E-mail: adrianabf@ufscar.br

****Enfermeira, Livre-docente em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Associada da EERP/USP. E-mail: fortuna@eerp.usp.br

brasileiro, concebido de maneira hierarquizada, por meio do cuidado à saúde em níveis de atenção primária, secundária e terciária, denota a influência das teorias administrativas científicas. Contudo, uma possibilidade de superação desse desenho hierárquico consiste no rearranjo desses níveis por meio da estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cuja conexão é disparada na produção de encontros entre usuários e trabalhadores para a coprodução do cuidado em saúde⁽⁴⁾.

Nas RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve exercer o papel de ordenadora do cuidado. Ela consiste em um nível de atenção que se configura como a porta de entrada preferencial de todos os problemas e necessidades dos usuários do sistema de saúde, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível⁽⁵⁾.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida com o intuito de atender os requisitos enunciados pela APS, sendo declarada como uma forma de modificar o modelo de atenção à saúde, devendo atender, de forma resolutiva, a maioria das necessidades de saúde da população de um território adscrito, a partir das ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação⁽⁶⁾.

Um desenho tecnoassistencial de saúde que se apóia na construção de redes de cuidado, acolhimento e produção de encontros, com potência desencadeadora de vínculos e valorização da vida das pessoas, deve buscar um modelo de gerenciamento que preze pela superação de ações que ainda se pautam nas teorias administrativas clássicas, ou científicas, e que remetem à centralização das ações gerenciais apenas de um indivíduo da equipe.

Compreende-se essa descentralização enquanto um processo calcado na partilha de ideias, estratégias, problemas, soluções e funções gerenciais que se estendem além dos profissionais de saúde, gestores e usuários do serviço de saúde, atendendo os princípios da cogestão em saúde. Consiste em estratégia democrática e participativa onde, todos os envolvidos no processo de trabalho, compõem um coletivo corresponsável pelas tomadas de decisões^(1,6).

Embora este país possua extensão continental e equipes de saúde da família em zonas rurais, é

ínfima a produção científica que aborda a realidade da atenção à saúde nesses territórios. Assim, elaborou-se esta pesquisa, levando-se em consideração que, em geral, quando comparados aos grupos urbanos, os grupos rurais são menos numerosos, caracterizando-se por menor diversidade cultural, social e econômica. Supõe-se que a relação existente entre os profissionais e usuários de um serviço de saúde rural possa propiciar maior possibilidade de existir conexões entre eles, vínculos, favorecendo uma co-organização do trabalho em saúde (questo relevante para se estabelecer a cogestão em saúde).

Considerando esse um processo em construção, e após mais de vinte anos da implantação da ESF, questiona-se: como os trabalhadores da ESF rural concebem as práticas gerenciais em seu cotidiano de trabalho?

Considera-se que direcionar o foco para a realidade vivenciada, diariamente, pelos atores envolvidos e compreender os artifícios e táticas adotadas por eles, para dar andamento ao processo de trabalho diário, pode gerar reflexões relevantes para o cotidiano da gerência dos serviços da ESF. Portanto, objetivou-se, aqui, analisar as concepções dos profissionais da ESF rural sobre o gerenciamento do trabalho em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, analítico e de abordagem qualitativa, desenvolvido em um município de médio porte do Estado de São Paulo, o qual possui 5 Regionais de Saúde que contemplam 17 equipes da ESF (sendo 2 rurais), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Especialidades Médicas (Ceme), Unidades Hospitalares, Centro de Atenção Psicossocial (Caps), dentre outros serviços.

A cidade possui uma forma de organização do gerenciamento dentro das Unidades de Saúde da Família (USF) de maneira a não pressupor a existência de um funcionário único e/ou específico para o seu desenvolvimento. Os profissionais de referência para o gerenciamento da USF são o (a) médico (a), o (a) enfermeiro (a) e o (a) dentista das equipes de cada USF. Esses devem gerenciar o serviço e promover a participação de todos os envolvidos nas tomadas

de decisões e na organização do trabalho, contando, inclusive, com os demais trabalhadores locais e os usuários (sobretudo por meio dos Conselhos Gestores Locais – CGL de saúde).

Optou-se, portanto, por realizar este estudo com os profissionais de uma USF rural na qual um dos autores se encontrava inserido, enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, em prol do desenvolvimento de sua dissertação de mestrado profissional.

Os trabalhadores de saúde foram convidados a participar da pesquisa durante uma reunião de equipe, ocasião em que a proposta e os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e pactuados. A partir de então, decidiram uma data conjunta e propícia para que as entrevistas fossem realizadas individualmente.

Consentiram em participar desta pesquisa 10 trabalhadores de saúde da equipe, sendo eles: 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 auxiliar de enfermagem e 5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os critérios de exclusão dos sujeitos da pesquisa foram: encontrar-se em período de férias e/ou licença saúde/maternidade, na época da coleta de dados, e estar atuando nessa USF há menos de 6 meses. Buscou-se associar o tempo de atuação local à possibilidade de adquirir informações que pudessem refletir a realidade vivenciada no cotidiano desse serviço.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas no mês de agosto de 2012 contando com as seguintes questões norteadoras: “Fale-me o que você entende por gerenciamento do trabalho em saúde”, “Fale-me quem desenvolve atividades de gerenciamento do trabalho em saúde na USF onde você atua” e “Fale-me quais as facilidades e/ou dificuldades de exercer a cogestão em saúde na USF”.

Os dados coletados foram analisados por meio da análise temático-categorial que é composta pelas seguintes etapas: 1) leitura flutuante que consiste na leitura exaustiva dos textos a serem analisados; 2) definição de hipóteses provisórias sobre o conteúdo lido; 3) determinação das unidades de registro que podem ser palavras, frases ou parágrafos; 4) definição dos temas que são compostos pela aglomeração das unidades de registro que

apresentam sentidos semelhantes; 5) análise dos temas e 6) análise categorial do texto que consiste em dimensionar os temas, segundo critérios teóricos ou empíricos⁽⁷⁾.

As entrevistas foram audiogravadas somente após a anuência do entrevistado e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em conformidade com a Resolução 466/2012. As entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, analisadas.

A fim de preservar a identidade dos sujeitos, os entrevistados foram aqui identificados com a letra P, seguida do numeral sequencial das entrevistas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 01223012.0.0000.5504.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe entrevistada era composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino e apenas um indivíduo do sexo masculino. Vale ressaltar que 50% dos entrevistados possuíam grau de escolaridade de nível superior, apesar de alguns ainda se encontrarem exercendo funções profissionais que exigem apenas o ensino médio para a sua execução.

Foram compostos temas a partir da aglomeração das unidades de registro e esses temas, por sua vez, foram analisados e dimensionados em três categorias: 1) organização do trabalho em saúde para o alcance de metas, 2) o gerenciamento marcado pela racionalidade e com foco no enfermeiro e 3) facilidades e dificuldades que permeiam a construção de espaços coletivos na ESF.

Organização do trabalho em saúde para o alcance de metas

Essa categoria corresponde aos relatos apresentados pelos sujeitos que refletem elementos acerca da concepção da organização do trabalho em saúde. Alguns profissionais identificaram como sendo uma estratégia para planejar e organizar ações, a fim de estabelecer metas e prazos com a finalidade de desenvolver

uma boa assistência à saúde. Essa noção pode ser percebida por meio de alguns relatos:

Eu entendo organização do trabalho em saúde como uma lógica de trabalho [...] com metas, com prazos e com... como é que eu vou dizer... com diretrizes mesmos (P03).

A gente tem que ter um... tem que ter um planejamento [...] Pra gente conseguir trabalhar e desenvolver uma boa assistência à saúde da comunidade (P05).

A organização do trabalho em saúde facilita bem mais a gente depois assim... é... que a gente chega aonde a gente quer realmente, entendeu? (P06).

A gente planeja as ações e depois as executa, sabe? Como todo planejamento [...] ele é muito importante para direcionar (P02).

Considera-se que a organização do trabalho em saúde pressupõe a necessidade de espaços destinados ao planejamento e à avaliação das ações, estabelecidos em conjunto. Uma das dificuldades para que a equipe construa esse processo ocorre quando o cuidado é focado, de forma privilegiada, no atendimento à demanda espontânea. Além disso, é relevante que as ações sejam programadas também a partir de dados epidemiológicos, considerando essa demanda, por exemplo, em sintonia com as realidades sociais, culturais e econômicas⁽⁸⁾, bem como com as necessidades dos usuários que vivem no território adscrito à USF que, nesse caso específico, consiste em uma realidade rural.

Uma das dificuldades de trabalhadores da ESF rural, contudo, consiste no acesso aos domicílios que, na maioria dos casos, são bem distantes uns dos outros, necessitando de estratégias inventivas de locomoção, além de condições climáticas favoráveis⁽⁹⁾. Tal fato, certamente influencia negativamente a aproximação dos trabalhadores à realidade dos usuários, dificultando a organização conjunta do processo de trabalho em saúde, no meio rural.

Entretanto, por entender o trabalho em saúde enquanto um processo, tratando-se de algo que ocorre no contato entre profissional e o usuário do serviço de saúde e vice-versa, e por esses não consistirem em máquinas pré-determinadas e, ainda, considerando o trabalho enquanto algo

dinâmico que depende dos usuários e das necessidades que surgem a partir das vivências no cotidiano dever-se-ia estabelecer a organização do trabalho em saúde em processo, ou seja, como algo dinâmico e em permanente construção.

Trata-se de um coletivo que tensiona determinado modo de produzir atos cuidadores, valendo-se das relações interpessoais, para isso, indo ao encontro da combinação de estratégias que privilegiem a construção coletiva e a horizontalidade, onde todos se envolvem e são corresponsáveis, ou seja, planeja quem executa⁽¹⁰⁾.

Não há, nos relatos apresentados pelos profissionais, a presença de um processo avaliativo das ações executadas quer seja pontual ou processual. O uso de instrumentos autoavaliativos pode ser capaz de qualificar os processos na APS, pois eles desencadeiam o agir reflexivo ao direcionar a ação das equipes⁽¹¹⁾. Portanto, há que se problematizar acerca do que parece óbvio aos olhos e esse processo é possível de ocorrer a partir de reflexões feitas entre os atores envolvidos no planejamento e execução das ações.

Algumas falas remetem ainda para a necessidade da existência de diretrizes claras e que possam direcionar as ações no trabalho, indo ao encontro da compreensão, de fato, do motivo pelo qual o planejamento dessas ações é realizado, pois parte-se do pressuposto de que é a partir da clareza de um projeto de cuidado que se organizará um planejamento estratégico, almejando alcançar um produto final.

O gerenciamento marcado pela racionalidade e com foco no enfermeiro

Nessa categoria, é possível evidenciar a concepção dos profissionais acerca do gerenciamento do trabalho em saúde que, além das questões ligadas à organização em si, contém considerações relacionadas ao arranjo dos trabalhadores dessa equipe e como se dá a divisão de poder entre eles.

Os relatos evidenciam a existência de uma reprodução da racionalidade gerencial hegemônica, fortemente centralizada no enfermeiro:

[...] identificar alguém que executa mais essa função de gestora assim... a enfermeira (P09).

[...] eu identifico quem se destaca nesse papel... de organização, de gerenciamento... a enfermeira, claro (P04).

[...] alguém que tem mais destaque na parte de gerência? Hum... a enfermeira... (P08).

Com relação ao gerenciamento do trabalho na ESF, descreve-se que a centralidade das ações gerenciais no enfermeiro se justifica, normalmente, pela aproximação que esse possui com a temática de gerenciamento durante o seu processo de formação. Isso é menos evidenciado entre médicos e dentistas. Vale lembrar que a enfermagem moderna (século XIX) surgiu justamente a partir da necessidade de se organizar os hospitais militares, para o cuidado dos soldados envolvidos na guerra. Portanto, ela surge já exercendo o gerenciamento ao assumir a organização do ambiente de cuidado⁽¹²⁾.

O enfermeiro tem construído um processo histórico no exercício de funções voltadas à coordenação e ao gerenciamento de equipes, ocupando esse papel nos serviços de saúde, ao longo dos tempos.

No contexto histórico, a formação do enfermeiro adveio do desenvolvimento de práticas de gerenciamento do trabalho em saúde, assumindo algumas características como: disciplina, centralidade no controle, fiscalização de ações, dentre outras, e que remetem ao modelo gerencial hegemônico. Considerando que a organização do trabalho em saúde requer um processo de construção coletiva e que atenda às demandas da população, de maneira abrangente, há necessidade de olhar crítico para o processo de formação e qualificação desse profissional^(13,14).

A formação do enfermeiro pode ser uma potência para o desenvolvimento do gerenciamento em saúde, quando alinhada aos pressupostos da produção coletiva, democrática, que valorize a participação de todos, bem como o desenvolvimento de uma cultura de avaliação do planejamento e execução das práticas executadas.

A cogestão, por si, não pressupõe a centralização de ações gerenciais sobre um profissional específico^(1,2,6), cabendo, portanto, ao enfermeiro utilizar dessa competência e de outras inerentes ao seu exercício profissional para aproximar, direcionar e se articular aos demais membros da equipe e da população na

contribuição para sua implementação.

Um trabalho desenvolvido na área rural de um município do Estado de Minas Gerais aponta a necessidade de abarcar, inclusive com relação às ações gerenciais, a participação popular com a finalidade de democratizar a gerência em saúde, segundo as necessidades sentidas, vividas e relatadas pela população local⁽¹⁵⁾.

Facilidades e dificuldades que permeiam a construção de espaços coletivos na ESF

Nesta categoria estão relatadas as dificuldades e facilidades para a construção de espaços coletivos, a partir do questionamento acerca do desenvolvimento da cogestão em saúde. Atentando-se, inicialmente, às facilidades trazidas pelos sujeitos, tem-se que todas elas perpassam por questões referentes à união dos membros que compõem o grupo, trazendo o indicativo de que o trabalho em equipe é primordial para o exercício da cogestão em saúde:

Bom, acho que a facilidade é que todo mundo conversa com todo mundo (P06).

Ah... não sei... acho que assim: a equipe é bem unida... tem essa facilidade de conversar um com o outro, sabe? Todos se dão bem aqui (P10).

Observa-se a existência de boa comunicação entre os membros que compõem esse grupo. Entretanto, destaca-se que essa comunicação pode estar mais permeada pela necessidade em manter boas relações entre eles do que a configuração de um arranjo organizativo em prol da execução conjunta de ações.

O trabalho em equipe, como elemento facilitador, consiste na realização de tarefas que são executadas por determinado número de profissionais, de maneira consciente e coordenada, visando o conjunto dessas tarefas para que aconteçam em direção e finalidade únicas, e não justapondo quantidades de ações desconexas de maneira alienada⁽¹⁶⁾.

Nesse caminho, alguns autores⁽¹⁷⁾, discutindo a saúde da família em Portugal, alegam que a autonomia dos trabalhadores na formação de suas próprias equipes foi encarada como algo que proporcionou aos profissionais satisfação e motivação pessoal para o trabalho. Os autores relacionam a valorização da opinião profissional à possibilidade do desenvolvimento do trabalho

em equipe.

Uma prerrogativa relevante para o fortalecimento da cogestão em saúde consiste no fato de que o projeto que se pretende construir esteja claro para todos. Acredita-se que os processos interativos que ocorrem na equipe de saúde compõem uma rede de conversações, onde os trabalhadores se comprometem intersubjetivamente, por meio da linguagem, a trabalharem de forma conjunta, com a finalidade de atingirem um objetivo singular⁽¹⁸⁾. Tal fato leva a pressupor que é saudável, no trabalho em equipe, o enfrentamento dos conflitos existentes, sobretudo para conseguir traçar uma estratégia que seja comum.

A dificuldade apresentada pelo grupo para o desenvolvimento da cogestão em saúde caminha na direção da falta de comprometimento dos profissionais em prol da execução de tarefas elencadas em conjunto, sendo esse um ponto nevrálgico que pode ser mais bem evidenciado por meio de alguns relatos:

Olha, as dificuldades que eu observo é o comprometimento [...] um comprometimento por parte de todos na execução das tarefas (P01).

[...] quando o pessoal assume determinada função, eles nem sempre se comprometem a executá-la (P07).

O comprometimento no planejamento e na execução de tarefas, sobretudo quando traçadas conjuntamente, é algo desejável e permeia a Política Nacional de Humanização que estabelece estratégias capazes de gerar cuidado ampliado aos sujeitos e comunidades por meio do Projeto Terapêutico Singular, por exemplo⁽⁶⁾.

Além da falta de comprometimento, tem-se, também, a dificuldade de conseguir com que todos os sujeitos envolvidos no processo de trabalho participem na exposição de suas ideias e percepções:

Dificuldade são os profissionais que já não são tão participativos (P02).

A gente enfrenta uma grande dificuldade com relação ao interesse... é... fazer com que os demais profissionais participem, né? É tão difícil! (P03).

Os princípios da cogestão contemplam a participação de todos os envolvidos no processo de trabalho, sem a existência de centralização de funções sobre um indivíduo específico, mas com a construção de ações pactuadas entre as pessoas

envolvidas nesse processo que deverão se corresponsabilizar pelas tomadas de decisões^(1,2,6).

Tem-se, contudo, que a efetiva participação de todos os membros envolvidos na organização do trabalho em saúde também é identificada como uma dificuldade. Parte-se do pressuposto que a participação não consiste em um conteúdo capaz de ser transmitido, nem em uma habilidade que seja adquirida por meio de treinamento, mas em comportamento que pode ser edificado por meio da reflexão crítica e do amadurecimento por parte do próprio sujeito. Além disso, sabe-se que o estabelecimento de normas e/ou diretrizes rígidas não é capaz de gerar um trabalho de maneira coletiva⁽¹⁹⁾.

Propiciar que os sujeitos envolvidos participem ativamente das discussões que envolvam o gerenciamento do trabalho em saúde é algo que exige, minimamente, a compreensão da finalidade do processo de trabalho por eles. Em geral, a própria divisão técnica e social do trabalho afasta os trabalhadores da apreensão da finalidade do trabalho desenvolvido que, no caso da saúde, poderia ser a produção de cuidados e de vida⁽¹³⁾.

A garantia de momentos de reflexão sobre a prática profissional, ou sobre o fato de os indivíduos se configurarem como integrantes de um grupo, como as reuniões de equipe, podem constituir estratégias passíveis de alimentar alguma apropriação por parte dos sujeitos em relação ao entendimento de grupalidade e seu papel no mesmo⁽²⁰⁾.

Esses espaços propiciam a explicitação de expectativas, frustrações e insatisfações que rondam o mundo do trabalho em saúde e ajudam a minimizar o estado de sofrimento de trabalhadores que lidam cotidianamente com cenários complexos de saúde das populações. Encontram-se, em disputa, diferentes desejos e expectativas para o trabalho, e o grande desafio que se estabelece é constituir o grupo em torno de um projeto comum que produza mais satisfação no trabalho e melhor qualidade de vida e saúde para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há que se atentar para a forma como o gerenciamento do trabalho em saúde tem sido

concebido pelos profissionais da ESF e as práticas que decorrem a partir dessa concepção. A problematização da centralização de funções sobre algum(uns) membro(s) do grupo e o trabalho, na tentativa de fazer com que todos participem de todas as etapas do gerenciamento do trabalho, são alguns indicativos que direcionam para uma possibilidade de gerenciamento pautado na cogestão.

A existência de um momento destinado ao planejamento e direcionamento das ações, como as reuniões de equipe, é estratégica. Contudo, esses momentos devem ser apropriados com comprometimento. A organização prévia e em conjunto das atividades a serem elencadas e discutidas pode ser um ponto de partida para que esse processo ocorra com dinamicidade. Além disso, os espaços de fala e de escuta devem ser garantidos.

Ainda, é necessário que haja acompanhamento e avaliação processuais das pactuações e das atividades listadas pelos membros que compõem a equipe e que deverão ser desenvolvidas por aqueles responsáveis por cada tarefa. Uma maneira que se encontra ligada à sistematização de planos de cuidado e que pode auxiliar nesse processo consiste na adoção de discussões de caso, segundo os Projetos Terapêuticos Singulares.

Não foi constatada, a partir dos relatos dos profissionais, a diferença entre uma USF rural e uma urbana, no sentido do pressuposto levantado nessa produção, visto que em nenhum momento foi mencionada a participação dos usuários no processo de coprodução do gerenciamento do trabalho em saúde, indo ao encontro das

produções já realizadas e existentes acerca dessa temática em USF urbanas.

Espera-se que este estudo contribua para a produção do conhecimento acerca do gerenciamento do trabalho em saúde por retratar como esse ainda tem sido concebido e desenvolvido pelos profissionais de uma ESF rural, servindo como suporte para idealizações de estratégias interventivas em prol do aperfeiçoamento e melhoria das condições de gerenciamento, pautado nos princípios da cogestão em saúde. Entretanto, ele possui o limite de ser um estudo de caso em uma USF rural, mas fornece pistas de como o gerenciamento tem sido concebido por esses profissionais e mostra, ainda, que não se diferencia substancialmente da concepção de profissionais de USF urbanas.

Assim, torna-se imprescindível o aprofundamento do tema, na tentativa de compreender além das concepções dos profissionais e usuários acerca do gerenciamento do trabalho. Indica-se outros estudos que abordem as dimensões institucionais do processo de trabalho em saúde, na tentativa de se obter indicativos que contribuam ainda mais para o gerenciamento do trabalho na ESF, tanto rural quanto urbana.

AGRADECIMENTO

Ao CNPq, Processo no 306190/2014-1 e CAPES-PROEX – Bolsa de Doutorado.

MANAGEMENT IN HEALTH: THE WORKERS LOOK OF A RURAL FAMILY HEALTH

ABSTRACT

The management of health work in the Family Health Strategy (FHS) democratic and participatory consists of one of the great challenges of this level of health care. In this sense, we developed this qualitative study aimed to analyze the professional conceptions of the Family Health Strategy (FHS) on management of health work. Semi-structured interviews were conducted with 10 professionals from a rural family health unit of a medium-sized city in the interior of São Paulo. Data were analyzed using thematic-categorical content analysis. Obtained three categories of analysis: Organization of health work for the achievement of goals; The management marked by rationality and focused on the nurse; Facilities and difficulties that permeate the construction of collective spaces in the FHS. It is considered that there is a need to pay attention on how the management work has taken place in the FHS, with the need for the awareness of the individuals by pacts and team decisions, ensuring the speaking and listening all. Moreover, it is important that there is a process evaluation of the implemented actions and pacts made by health professionals.

Keywords: Health management. Health service administration. Primary health care. Primary care nursing.

GESTIÓN EN SALUD: LA ÓPTICA DE TRABAJADORES DE LA SALUD DE LA FAMILIA RURAL

RESUMEN

La gestión del trabajo en salud en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) democrática y participativa consiste en uno de los grandes retos de este nivel de atención a la salud. En este sentido, hemos desarrollado este estudio cualitativo con el objetivo de analizar las concepciones de profesionales de la ESF sobre la gestión del trabajo en salud. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 10 profesionales de una Unidad de Salud de la Familia rural de una ciudad de tamaño mediano en el interior de São Paulo-Brasil. Los datos fueron analizados mediante el análisis de contenido categorial temático. Se obtuvieron tres categorías de análisis: La organización del trabajo en salud para el logro de los objetivos; La gestión marcada por la racionalidad y con enfoque en el enfermero; Facilidades y dificultades que permean la construcción de espacios colectivos en la ESF. Se considera que existe una necesidad de atención en cómo se ha llevado a cabo el trabajo de gestión en la ESF, con la necesidad de que los sujetos se corresponsabilicen por los pactos y las decisiones del equipo, asegurando el habla y la escucha de todos. Además, es importante que exista un proceso de evaluación de las acciones realizadas y los pactos realizados por profesionales de salud.

Palabras clave: Gestión en salud. Administración de los servicios de salud. Atención primaria a la salud. Enfermería de atención primaria.

REFERENCIAS

1. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2007.
2. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paidéia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface: Comunicação, Saúde Educação. 2014; 18(supl1): 983-95.
3. Gorry C. Primary care forward: raising the profile of Cuba's nursing profession. ME-DICC Rev. 2013; 15(2):5-9.
4. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Keber NPC. A complexidade da rede de atenção à saúde. Cienc Cuid Saúde. 2014; 14(4):1609-15.
5. Marin MJS, Marchioli M, Corrente JE. Atenção primária à saúde de uma cidade brasileira sob a ótica dos usuários e profissionais. Cienc Cuid Saúde. 2014; 14(3):1299-306.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília(DF); 2004.
7. Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enf UERJ. 2008; 16(4):569-76.
8. Chaves MMN, Medeiros ARP, Larocca LM, Peres AM. Saberes instrumentais e ideológicos no processo de trabalho de enfermeiros na vigilância epidemiológica hospitalar. Cienc Cuid Saúde. 2015; 14(2):1091-96.
9. Baptistini RA, Figueiredo EAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. Ambient Soc. 2014; 17(2):53-70.
10. Tanzil S, Zahidie A, Ahsan A, Kazi A, Shaikh BT. A case study of outsourced primary healthcare services in Sindh, Pakistan: is this a real reform? BMC Health Serv Res. 2014; 14:277.
11. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de saúde da família na atenção básica. Saúde Debate. 2014; 38(especial):124-39.
12. Frello AT. Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Anna Nery. 2013; 17(3):573-9.
13. Silva JS, Fortuna CM, Pereira MJB, Matumoto S, Santana FR, Marciano FM, et al. Supervisão dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família: a ótica dos enfermeiros. Rev Esc Enfermagem USP. 2014; 48(5):899-906.
14. Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014; 38(especial):94-108.
15. Oliveira EM, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo MAC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na estratégia saúde da família: a perspectiva de usuários da área rural. Saúde Soc. 2015; 24(3):901-13.
16. Santos DAF, Mourão L, Naiff LAM. Representações sociais acerca do trabalho em equipe. Psicol: Ciênc Prof. 2014; 34(3):643-59.
17. Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33(3):190-5.
18. Pereira RCA, Rivera FJU, Artmann E. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. Interface (Botucatu). 2014; 17(45):327-40.
19. Silva EM, Moreira MCN. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. Ciênc Saúde Colet. 2015; 20(10):3033-42.
20. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da estratégia saúde da família. Trab Educ Saúde. 2015; 13(3):709-20.

Endereço para correspondência: Flávio Adriano Borges. Endereço Av. Otto Werner Rosel, 777 – Casa 172 – Jardim Ipanema – CEP 13563-673 – São Carlos, SP; E-mail: borges@usp.br.

Data de recebimento: 17/02/2016

Data de aprovação: 24/08/2016