



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM

THAYSE APARECIDA PALHANO DE MELO

**CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS
2015

THAYSE APARECIDA PALHANO DE MELO

**CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Denise Elvira Pires de Pires.

FLORIANÓPOLIS
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

MELO, THAYSE APARECIDA PALHANO DE
CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DE UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE / THAYSE APARECIDA PALHANO DE MELO ; orientadora,
Denise Elvira Pires de Pires - Florianópolis, SC, 2015.
144 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Gestor
de Saúde. I. Pires, Denise Elvira Pires de. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

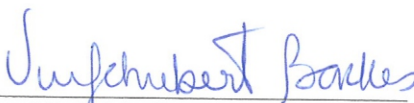
THAYSE APARECIDA PALHANO DE MELO

**CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

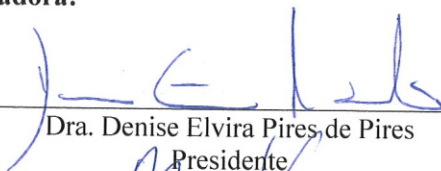
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 27 de novembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.**

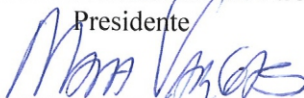


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

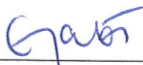
Banca Examinadora:



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente



Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Membro



Dra. Eliane Matos
Membro



Dra. Leticia de Lima Trindade
Membro Externo

À minha mãe, Ana, meu exemplo de determinação, que com poucos recursos soube fazer a gestão da vida de três filhos.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de citar muitas pessoas, mas terei que me ater a algumas que mais estiveram presentes neste momento, por isso, peço desculpas por não ter citado todos e deixo os meus agradecimentos:

Aos gestores das Unidades Básicas de Saúde participantes, parceiros e protagonistas desta dissertação. Obrigada pela paciência e compreensão.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em especial aos colegas do dia a dia pelo respeito e companheirismo nesta etapa da minha vida.

À professora Dra. Denise Pires, pelo tempo dedicado, pelo carinho recebido, pela paciência, pelas aulas... por tudo que representa como mestra, doutora, enfermeira, mulher e mãe. Obrigada por fazer minha admiração aumentar ainda mais após esta dissertação. Aqui deixo registrado meu eterno carinho.

Aos membros da banca examinadora de qualificação e de sustentação: Dra. Eliane Matos, Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra. Letícia Lima Trindade, Ddo. Jacks Soratto, Dra. Selma Regina de Andrade e Dra. Flávia Regina Souza Ramos. Agradeço pelo tempo disponível e por todas as contribuições realizadas para a construção e conclusão deste trabalho.

As professoras de cada disciplina que pude participar durante o curso de mestrado: Dra. Flávia Ramos, Dra. Marta Prado, Dra. Vânia Backes, Dra. Soraia Dornelles, Dra. Eliane Nascimento, Dra. Kenya Reibnitz, Dra. Mara Vargas, Dra. Alacoque Erdmann, Dra. Selma Andrade, e é claro, àquela que sempre recheou as aulas com lanchinhos, Dra. Denise Pires. Obrigada a todas por contribuir com o meu processo de formação.

Aos colegas do grupo Práxis, que apesar das “idas e vindas”, desde a graduação pude acompanhar e aprender sobre pesquisa em saúde, destacando-se assuntos relacionados ao processo de trabalho e o software *Atlas.ti*.

Ao grupo de trabalho “super De” por cada momento de aprendizagem que me foram essenciais no desenvolvimento dos resultados obtidos. Agradeço a todos, sobretudo ao Jacks, pela paciência em me ajudar com o *Atlas.ti*, a Elaine, pelo apoio inicial e final nesta dissertação, e a Francele, por cada contribuição e disponibilidade de tempo.

Aos colegas de mestrado e das disciplinas, pelo convívio prazeroso, pelos desabafos e pela descontração nos intervalos das aulas, em particular a Cintia, Laila e Aline.

A todos amigos e amigas: Thayomara, Cristina, Otávio, Semina, Natália, Telga, Silvia Gonçalves, Silvia Bez, Claudinha, Samantha, Zé Carlos, Clara, Fernanda, Gabriela, Michele, Ana Carolina, Tays, Rosângela, Erick, Roberta. Em especial, a Rubia que esteve presente antes, durante e depois do desenvolvimento da dissertação e a Lourdes, Jacob, Armando e Josane que me ajudaram na versão dos resumos para o inglês e espanhol.

A todos os meus familiares (que são muitos): primos, primas, tios, tias, em especial à minha avó Bia, minha mãe Ana, meu padrinho Walter, aos irmãos Djonattan e Renan, à cunhada e amiga Katia e minhas lindas sobrinhas Karine e Larissa, que me apoiam e fazem de mim uma pessoa mais forte. Aos meus sogros Vera e Zoca, a “menininha” sobrinha Alícia, aos cunhados Adriano, Karla, Alexandre e Silvia e a todos Andrades e Justinos que me incluíram (ou eu me incluí) nessa querida família.

Ao meu esposo, André, meu amor e companheiro, pelos momentos que passamos juntos, por sempre me incentivar a crescer profissionalmente, por acreditar no meu potencial até mais do que eu mesma (parte da dissertação surgiu pela força encontrada a cada dia ao teu lado).

Por fim, ao meu eterno amor, aquele que motivou a finalização deste trabalho, Vítor, filho meu e do melhor companheiro que eu poderia ter nesta e quem sabe em outras vidas.

Minha eterna gratidão!

MELO, Thayse Aparecida Palhano de. **Cargas de Trabalho de Gestores de Unidades Básicas de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144p.

RESUMO

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família está integrada à Política Nacional de Atenção Básica a qual aplica os preceitos da Atenção Primária à Saúde. A importância da Estratégia Saúde da Família na rede assistencial em saúde e os desafios para a sua implementação tem motivado estudos relativos à sua eficácia, eficiência e potencialidade para impulsionar mudança no campo da saúde, no sentido da universalidade de acesso e da qualidade da assistência. O trabalho desenvolvido pelos gestores da Estratégia Saúde da Família tem significativa relevância para os resultados da sua implementação, assim como a complexidade e os desafios desta atividade influenciam as cargas de trabalho de quem o executa. Neste contexto, a presente pesquisa tem como objetivo geral compreender de que modo a gestão de Unidades Básicas de Saúde que atuam com a ESF influencia as cargas de trabalho de quem o realiza. O estudo teve como aportes teóricos: a teoria sociológica sobre processo de trabalho de Marx (2008) e processo de trabalho em saúde de Pires (1999); a teoria de Laurell e Noriega (1989) sobre cargas de trabalho; a teorização sobre gestão em saúde e as Políticas de Saúde na Atenção Primária, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (2012a) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012b). A pesquisa realizada adotou uma abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva, utilizando a triangulação para a coleta e análise de dados. Os instrumentos de coleta de dados foram observação, entrevista e análise documental. Participaram do estudo 11 gestores de 10 diferentes Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. Os aspectos éticos seguiram a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo parecer aprovado sob o nº 638.904. Os dados coletados foram organizados e categorizados com o auxílio do software *Atlas.ti 7.0*, e a análise dos dados foi orientada pela análise temática de conteúdo descrita por Bardin (2011), após a análise dos dados, os mesmos foram interpretados à luz do referencial teórico e da literatura. Os resultados obtidos estão apresentados na forma de dois manuscritos a serem submetidos para publicação. O primeiro intitulado “Cargas de trabalho presentes no cotidiano de gestores da Estratégia Saúde da

Família” demonstrou que o trabalho de gestor neste modelo envolve o atendimento cotidiano de múltiplas demandas, tanto externas quanto internas da UBS o que tem dificultado o planejamento e a organização do seu trabalho implicando em aumento das cargas de trabalho, especialmente as psíquicas. Apesar do predomínio destas, as cargas físicas, fisiológicas, biológicas, mecânicas e químicas também foram identificadas. O segundo artigo, “Fatores que contribuem para aumento e redução das cargas de trabalho de gestores da Estratégia Saúde da Família”, identificou que a estrutura física e os recursos materiais, financeiros e humanos foram os fatores que mais influenciaram as cargas de trabalho, contribuindo para aumentá-las quando precários e para reduzi-las quando adequados. E que, além da influência destes fatores, a identidade com o modelo da Estratégia Saúde da Família e as boas relações de trabalho foram significativas para a redução das cargas. Conclui-se que as cargas de trabalho tem relação com características do próprio trabalho de gestão em saúde, em especial a complexidade e os múltiplos desafios que integram a própria proposta da Estratégia Saúde da Família. E ainda, que apesar da forte influência dos fatores estruturais nas cargas de trabalho, cada gestor possui um modo singular de executar o seu trabalho e de utilizar as ferramentas existentes, o que pode aumentar ou reduzir as cargas de trabalho. Educação para o trabalho e educação permanente podem auxiliar na redução das cargas de trabalho, contribuindo para a melhoria da capacidade organizacional e dos resultados do serviço.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestor de Saúde; Carga de Trabalho.

MELO, Thayse Aparecida Palhano de. **Managers' workload of Basic Healthcare Units.** Dissertation (Masters in Nursing). Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144p.

ABSTRACT

In Brazil, the Family Health Strategy is integrated into the National Primary Care Policy that applies the principles of Primary Health Care. The importance of the Family Health Strategy in the healthcare network and the challenges to its implementation has motivated studies on its effectiveness, efficiency and potential to drive changes in the healthcare field, towards universal access and quality of care. The work undertaken by managers of Family Health Strategy has significant relevance to the results of the implementation of the Family Health Strategy and its own complexities and challenges also affect the workload of these managers. In this context, the main objective of the present research is to understand in which way the Basic Healthcare Units (BHU) management working conditions influence the managers' workload. The study has drawn contribution from the following theoretical stances: the sociological theory on working process by Marx (2008) and the health working process by Pires (1999); the theory on workloads by Laurell and Noriega (1989); the theory on Healthcare Management and Health Policy in Primary Care, such as the National Primary Care Policy (2012a) and the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (BRASIL, 2012b). The research adopted an exploratory and descriptive qualitative approach, using triangulation for data collection and analysis. The instruments for data collection were observation, interview and document analysis. Study participants were 11 managers from 10 different BHU in the city of Rio de Janeiro. The ethical aspects followed Resolution No. 466/2012 of the National Health Council, approved reference No. 638 904. The data collected were organized and categorized using Atlas.ti 7.0 software. Data analysis was guided by content thematic analysis described by Bardin (2011). After data analysis, they were interpreted according to literature and theoretical references. The results are organized in two manuscripts to be submitted for publication. The first one "The daily workload of managers of the Family Health Strategy" showed that the manager's work in this model involves dealing with multiple demands daily, both externally and internally, in the BHU. This has hindered the planning and organization of managers' work, resulting in increased workload,

especially psychological. Despite the predominance of the latter, physical, physiological, biological, mechanical and chemicals factors were also identified. The second article, "Factors that contribute to the increase and decrease of managers' workloads of the Family Health Strategy", has identified that the physical structure, as well as material, financial and human resources were the factors that most influenced managers' workload, contributing to increase it when precarious, and to reduce it when appropriate. Besides the influence of these factors, the identification with Family Health Strategy model and good working relationships were significant for reducing the workload. In conclusion, managers' workload is related to characteristics of the managerial working conditions in healthcare service, especially due to its complexity and challenges that are part and parcel of the Family Health Strategy. Despite the strong influence of structural factors on manager's workload, each manager has a unique way of performing their activities using the available tools and this can increase or reduce their workload. Occupational training and continuing education can help reduce manager's workloads, contributing to enhance organizational capacity and services outcomes.

Keywords: Occupational Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Manager; Workload.

MELO, Thyse Aparecida Palhano de. **Cargas de trabajo de Gestores de Unidades Básicas de Salud.** Disertación (Magíster en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. 144p.

RESUMEN

En Brasil, la Estrategia de Salud Familiar está integrada con la Política Nacional de Atención Básica que aplica los preceptos de la Atención Primaria de Salud. La importancia de la Estrategia de Salud Familiar en la red asistencial en salud y los desafíos para su implementación han motivado estudios relativos a su eficacia, eficiencia y potencialidad para impulsar el cambio en el campo de la salud, en el sentido de la universalidad de acceso y de la calidad de la asistencia. El trabajo desarrollado por los gestores de la Estrategia de Salud Familiar alcanza relevancia significativa para los resultados de su implementación, como también la complejidad y los retos de este trabajo influyen en las cargas de trabajo de quien lo ejecuta. En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo general comprender de qué modo el trabajo de gestión en las Unidades Básicas de Salud (UBS) que actúan con junto con la Estrategia de Salud Familiar influye en las cargas de trabajo de quien lo realiza. El estudio tuvo como aportes teóricos: la teoría sociológica sobre el proceso de trabajo de Marx (2008) y el proceso de trabajo en salud de Pires (1999); la teoría de Laurell y Noriega (1989) sobre cargas de trabajo; la teorización sobre gestión en salud y las Políticas de Salud en Atención Primaria, tales como la Política Nacional de Atención Básica (2012a) y el Programa Nacional de Mejoría del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (BRASIL, 2012b). La investigación realizada adoptó un abordaje cualitativo del tipo exploratorio-descriptivo, utilizando la triangulación para la recopilación y el análisis de datos. Los instrumentos de recopilación de datos fueron la observación, la entrevista y el análisis documental. Participaron en el estudio 11 gestores de 10 diferentes Unidades Básicas de Salud de la ciudad de Rio de Janeiro. Los aspectos éticos secundaron la Resolución n° 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, con su parecer aprobado bajo el n° 638.904. Los datos recopilados fueron organizados y categorizados con la ayuda del software Atlas.ti 7.0, y el análisis de los datos fue orientado por el análisis temático de contenido descrito por Bardin (2011). Después del análisis de los datos, los mismos fueron interpretados a la luz del referente teórico y de la literatura. Los resultados obtenidos aparecen como dos manuscritos que

serán sometidos a publicación. El primero titulado: “Cargas de trabajo presentes en el cotidiano de gestores de la Estrategia de Salud Familiar”, demostró que el trabajo de gestor en este modelo involucra la atención cotidiana de múltiples demandas, tanto externas como internas de la UBS, lo que ha dificultado la planificación y la organización de su trabajo conllevando a un aumento de las cargas de trabajo, especialmente las psíquicas. A pesar del predominio de esas cargas, las físicas, fisiológicas, biológicas, mecánicas y químicas también fueron identificadas. El segundo artículo: “Factores que contribuyen para el aumento y la reducción de las cargas de trabajo de gestores de la Estrategia de Salud Familiar”, identificó que la estructura física y los recursos materiales, financieros y humanos fueron los factores que más influyeron en las cargas de trabajo, contribuyendo para aumentarlas cuando fueron precarios y reduciéndolas cuando eran adecuados. Y que, además de la influencia de esos factores, la identidad con el modelo de la Estrategia de Salud Familiar y las buenas relaciones de trabajo fueron significativas para la reducción de las cargas. Como colofón, podemos concluir, que las cargas de trabajo poseen una relación con las características del propio trabajo de gestión en salud, en especial la complejidad y los múltiples retos que integran la misma propuesta de la Estrategia de Salud Familiar. Incluso también que pese a la fuerte influencia de los factores estructurales en las cargas de trabajo, cada gestor posee un modo singular de ejecutar su trabajo y de utilizar las herramientas existentes, lo que puede aumentar o reducir las cargas de trabajo. La educación para el trabajo y la educación permanente pueden ayudar con la reducción de las cargas de trabajo, contribuyendo con la mejora de la capacidad organizacional y de los resultados del servicio.

Palabras clave: Salud Laboral; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Gestor de Salud; Carga de Trabajo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - PIB por localidade e setores da economia.....	58
Tabela 2 - Cargas de Trabalho dos Gestores de UBS.....	81
Tabela 3 - Fatores que contribuem para o aumento das Cargas de Trabalho	97
Tabela 4 - Fatores que contribuem para a redução das Cargas de Trabalho	103

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de Trabalho do Gestor de Unidade Básica de Saúde.....	39
Figura 2 - Interatuação das Cargas de Trabalho no Corpo Humano. ...	40
Figura 3 - Dimensões da Qualidade dos Cuidados.....	45
Figura 4 - Dimensão da cobertura populacional pela ESF no território brasileiro.....	48
Figura 5 - Áreas de Planejamento/Programáticas – Bairros.....	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil	49
Gráfico 2 - Número de Equipes de Saúde da Família no Brasil.	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos de Cargas de Trabalho	41
Quadro 2 - Bairros por Áreas de Planejamento/Programáticas do Rio de Janeiro.	61
Quadro 3 . Perfil das Unidades Básicas de Saúde.....	75
Quadro 4 . Perfil dos Gestores das Unidades Básicas de Saúde.	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenação de Área de Planejamento/Programática
CF	Clínica da Família
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centro Municipal de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	29
1.1 OBJETIVO GERAL	33
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
2. REFERENCIAL TEÓRICO	35
2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	35
2.2 CARGAS DE TRABALHO	39
2.3 GESTÃO E AS POLÍTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	42
2.3.1 Gestão em Saúde	42
2.3.2 Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica	46
2.3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	52
3. METODOLOGIA	57
3.1 O LOCAL DO ESTUDO	57
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	62
3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	63
3.3.1 A observação	63
3.3.2 A entrevista	64
3.3.3 O estudo documental	64
3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	65
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	67
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1 ARTIGO 1 – CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO COTIDIANO DE GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	70
4.2 ARTIGO 2 – FATORES QUE CONTRIBUEM PARA AUMENTO E REDUÇÃO DAS CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	129
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO	129

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	131
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ESTUDO DOCUMENTAL..	134
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	135
ANEXOS.....	139
ANEXO A - Indicadores para Avaliação do Desempenho e para Monitoramento do Trabalho das Equipes Descritos no PMAQ.	139
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética.....	142

1. INTRODUÇÃO

O processo de trabalho dos gestores das Unidades Básicas de Saúde envolve características intrínsecas do próprio trabalho de gestão em saúde, assim como o desafio de viabilizar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) prescritos na Política Nacional de Atenção Básica, a qual prevê a organização deste nível de atenção articulado ao conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Dentro de um sistema de saúde a APS “é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”. Neste âmbito devem ser atendidos os problemas mais comuns de saúde na comunidade, incluindo a organização dos recursos básicos e especializados necessários para a promoção, manutenção e recuperação da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

A APS configura-se de diferentes formas em diversos países por refletir, em cada um, o processo histórico e a configuração adotada para o sistema de saúde. Alguns países adotaram o modelo Bismarck (financiado com dinheiro público arrecadado de taxas associadas aos salários, ou seja, pela Seguridade Social) como é o caso da Alemanha, Argentina, Áustria, França, Japão e Suíça. Outros se configuram ao modelo Beveridge (financiamento com dinheiro público proveniente de impostos gerais destinados a diversos fins) que se incluem a Austrália, Canadá, Espanha, Reino Unido. E outros países possuem como modelo o sistema Semashko (financiado dinheiro público nacional centralizado) como Cuba e Coreia do Norte (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2012). Neste sentido, pode-se considerar que a maneira como os recursos são designados à saúde, bem como a ideologia adotada, podem influenciar o processo de trabalho de locais que prestam atendimentos primários à saúde.

Um fato histórico que marca a formulação da APS foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrida no Cazaquistão na cidade de Alma Ata (pertencia na época à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), em 1978 publicou uma declaração que até hoje tem se mostrado mundialmente relevante para a organização dos serviços de saúde, a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

No Brasil, os princípios da APS inspiraram as diretrizes do SUS. Este foi criado pela Constituição Federal de 1988, após a luta democrática realizada por diversos atores sociais no embate à ditadura. A Constituição Federal de 1988 representou um avanço em termos do

direito à saúde e do acesso ao serviço de saúde para o conjunto da população. Saúde passa a ser entendida como direito de todos, tem uma concepção que ultrapassa a ausência de doença, está relacionada às condições de vida e o Estado tem que prover os serviços necessários para todos os cidadãos, disponibilizando-os próximo aos locais onde as pessoas vivem e trabalham (BRASIL, 2002).

A APS brasileira está prescrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário deste nível de atenção, segue os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado e integralidade da atenção, responsabilização, humanização e participação social; prevê a compreensão do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2012a). A PNAB considera os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica como equivalentes, neste trabalho será adotado o termo Atenção Primária à Saúde devido à dimensão internacional, exceto aos títulos empregados pelo Ministério da Saúde, como a própria PNAB.

Segundo a Organização Mundial da Saúde a ESF (construída a partir do Programa de Saúde da Família em 1994), é o pilar do sistema público de saúde no Brasil, a qual fornece uma ampla oferta de serviços de saúde de qualidade para as famílias (OMS, 2008).

A implantação da APS brasileira tem mostrado seu grande potencial apresentando queda em importantes indicadores de saúde, como a mortalidade infantil, mortalidade precoce por principais doenças crônicas e redução na incidência da tuberculose, no entanto, a ampliação da cobertura populacional e dos recursos disponíveis para a APS, assim como a melhora da resolutividade, ainda estão aquém do ideal (SANTOS, 2012). Alguns estudos destacam entre os aspectos positivos da Estratégia Saúde da Família o alcance de resultados mais satisfatórios na atenção à saúde, além de aproximar-se de uma ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO et al., 2004; MACINKO; ALMEIDA, 2006).

Os estudos sobre a ESF também registram aspectos negativos como as condições de trabalho, a incompatibilidade entre a oferta e procura de serviços, a inadequação da estrutura, equipamentos e recursos disponíveis, além de que, muitas vezes não ocorrem mudanças nos processos de trabalho (RIBEIRO et al., 2004; TRINDADE; PIRES, 2013; MERHY; FRANCO, 2008). Neste sentido, compreende-se que a ESF encontra diversos obstáculos a serem superados, incluindo a sua gestão.

A pesquisa desenvolvida por Trindade e Pires (2013) demonstra que os problemas de gestão estão evidentes para os profissionais que atuam neste nível de atenção e contribuem para o aumento das cargas de trabalho, dentre eles destacam-se: a forte influência político-partidária; a insuficiência e má administração de recursos financeiros e materiais; o déficit quantitativo e na qualificação dos profissionais para atuar na APS/ESF, assim como na educação continuada e falta de incentivos para a qualificação profissional; e necessidade de melhoria da rede de atenção à saúde.

Pressupõe-se que a percepção dos trabalhadores e gestores sobre o processo de trabalho influencia as formas de organizar o processo de trabalho em saúde (SOUSA et al, 2010). Neste sentido, o gestor de UBS deve ser um profissional qualificado com perfil de liderança, capaz de articular as relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, metas e meio ambiente, incluindo os usuários dos serviços, a fim de produzir o manejo dos recursos disponíveis de forma mais adequada e, além disso, buscar estratégias resolutivas a serem aplicadas de acordo com as necessidades do território de abrangência (JUNQUEIRA, 1990; ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

Do ponto de vista da gestão há sempre um espaço de escolhas, conscientes ou informais a serem realizadas. Mesmo com a busca pela eficácia- como grau de alcance de um objetivo- e pela eficiência- como a busca pela economia nos insumos ou meios-, encontra-se no processo de trabalho do gestor em saúde uma função imprescindível: negociação entre os objetivos das políticas (diretrizes e princípios) com os recursos disponíveis, vislumbrando que, quanto mais se consegue realizar com estes recursos, mais eficiência e eficácia estarão presentes no serviço (SCHWARTZ, 2004).

Durante as atividades de gestão das Unidades Básicas de Saúde, além dos desafios típicos do trabalho do gestor, compreende-se que a execução do que está prescrito para ESF, assim como a reestruturação dos atendimentos e a exigência de qualidade a ser verificada por meio de indicadores, podem potencializar as cargas de trabalho do gestor, do mesmo modo como provocar agravos à saúde deste.

Neste sentido, pressupõe-se que o trabalho de gestor de UBS, aliado aos desafios de consolidar a ESF, é complexo e envolve múltiplos aspectos que interatuam e podem contribuir para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos que desenvolvem esta atividade. Segundo estudo recente, ao introduzir novos modelos de gestão (o processo inicial do novo), assim como déficit no preparo/capacitação para trabalhar com a

inovação pode contribuir para o aumento das cargas de trabalho (PIRES et al., 2012).

De acordo com Laurell e Noriega (1989), as cargas de trabalho são compreendidas como elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, caracterizam-se em dois grupos: (1) as físicas, químicas, biológicas e mecânicas; e em outro (2), as fisiológicas e psíquicas. A distinção entre os dois grupos está na maneira como a materialidade se expressa: no grupo (1) estão fatores externos ao corpo, mas que ao interatuar com este interferem nas possibilidades de realizar um trabalho mais ou menos satisfatório e com menor ou maior desgaste; no grupo (2) estão as cargas que atuam diretamente no corpo (físico e mental) do trabalhador (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas de trabalho tem sua relação com a base técnica, a organização e divisão do trabalho. Contudo, para tentar predizer quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste é importante saber que tipo de processo de trabalho está presente (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Diante desta interlocução entre processo de trabalho dos gestores da ESF e as suas cargas de trabalho, o que me motivou a desenvolver essa pesquisa foi a relação da minha experiência profissional na ESF. Além disso, a proximidade com as atividades dos gestores na APS gerou algumas inquietações sobre o seu processo de trabalho, tais como, a maneira como os gestores têm percebido as cargas de trabalho nas suas atividades de gestão e se existe algum preparo técnico e político para a sua atuação como gestor. Sendo assim, este estudo buscou responder à questão de pesquisa: De que modo o trabalho de gestor de Unidades Básicas de Saúde influencia nas cargas de trabalho de quem o realiza?

Com o propósito de responder a estas inquietudes, foram realizadas buscas em outubro de 2013 no Portal de Periódicos da Capes com os termos: “carga de trabalho”; “saúde do trabalhador”; “gestor de saúde”; “pessoal de saúde”, e não foi encontrado nenhum artigo que abordasse as cargas de trabalho presentes no processo de trabalho de gestores de UBS. A ausência de pesquisas que demonstrem as cargas de trabalho destes gestores pode ser explicada pelo uso específico desta terminologia, podendo conter no meio científico outros estudos que não se apropriem exatamente com o referencial teórico desta pesquisa. A expressão “cargas de trabalho” não foi utilizada na busca porque a mesma não consta nos Descritores em Ciências da Saúde.

Esta pesquisa ainda se justificou pela necessidade de que tenhamos uma gestão da APS eficaz e eficiente. Além disso, compreende-se que os atores desta gestão não estão excluídos da análise

dos diferentes espaços laborativos, em que as doenças decorrentes do processo de trabalho têm apresentado um aumento crescente e significativo, o que conseqüentemente podem gerar mais gastos para o setor público e insatisfação dos usuários dos serviços de saúde (SANTOS, 2007; SILVA, 2011).

E é neste sentido que a teoria de Laurell e Noriega (1989, p.21) vem ao encontro do proposto nesta pesquisa ao afirmar que, aos que desejam estudar a produção social do processo saúde-doença, “a saúde dos trabalhadores, de qualquer forma, é uma área prioritária de investigação, pois se mostra como um tema privilegiado para a construção de um novo modo de entender e analisar a saúde-doença coletiva enquanto processo social”.

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender de que modo a gestão de Unidades Básicas de Saúde que atuam com a ESF influencia as cargas de trabalho de quem o realiza.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar o perfil dos gestores e das Unidades Básicas de Saúde participantes da pesquisa.
- b) Caracterizar o processo de trabalho dos gestores, incluídas na pesquisa.
- c) Identificar elementos presentes no processo de trabalho dos gestores que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento deste estudo foi subsidiado por meio de alguns referenciais teóricos, sendo estes: a teoria sociológica sobre processo de trabalho de Marx (2008) e processo de trabalho em saúde de Pires (1999); a teoria sobre cargas de trabalho de Laurell e Noriega (1989); a teorização sobre gestão em saúde (MORAES, 2012; BROUSSELLE et al., 2011), as Políticas de Saúde na Atenção Primária, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (2012a) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012b).

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Trabalho, para Marx:

É um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo - braços, e pernas, cabeça e mãos - a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana (MARX, 2008, p.211)

Processo de trabalho é a ação de transformar um objeto, de forma coletiva ou individual, em um produto determinado que pode ser mediado por vários tipos de instrumentos, com o objetivo de produzir algo que tenha valor para o ser humano (MARX, 2008).

Para Marx (2008) o trabalho humano se diferencia dos animais no sentido de que o ser humano tem em mente o que pretende produzir antes mesmo do processo de transformá-lo em realidade, de modo que no final do processo do trabalho há um resultado idealizado na imaginação do trabalhador. O mesmo autor considera que o processo de trabalho é composto por três componentes: “1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, 2008, p. 212).

O trabalho é uma condição natural eterna da existência humana. O processo de trabalho não é mais do que o próprio trabalho, considerado no momento da sua atividade criadora. Os elementos gerais do processo de trabalho, por conseguinte, são independentes de todo e qualquer desenvolvimento social determinado. Os meios e materiais de trabalho, uma parte dos quais é produto de trabalhos precedentes, desempenham o seu papel em qualquer processo de trabalho, em qualquer época e em todas as circunstâncias (MARX, 1969, p. 64).

No processo de trabalho a atividade humana opera uma transformação do objeto por meio do instrumental de trabalho, orientada por uma determinada finalidade. O produto é o material adaptado às necessidades humanas, que tem um valor de uso (MARX, 2008). “O valor de uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, dependendo inteiramente da sua função no processo de trabalho, da posição que nele ocupa, variando com essa posição a natureza de valor de uso” (MARX, 2008, p. 216).

Desta maneira, o objeto de trabalho ou a matéria prima e os instrumentos (meios de trabalho) são manejados pela força de trabalho em um processo orientado por uma determinada finalidade (PIRES, 2008).

Corroborando com Marx (2008), o processo de trabalho quando ocorre como processo de consumo da força de trabalho capitalista apresenta-se como: 1) o trabalho (do trabalhador) pertence ao capitalista, sendo a forma de produção controlada pelo capitalista; 2) o produto pertence ao capitalista e não ao produtor imediato (o trabalhador), deste modo, o trabalhador vende a sua força de trabalho (o seu valor de uso), o capitalista detém o processo de trabalho e o produto.

No que diz respeito ao setor saúde, segundo Pires (1999), o trabalho em saúde é uma atividade essencial para vida humana, é um trabalho da esfera da produção não material, sendo consumido no ato de sua realização. Pode assumir diversas formas como: uma consulta, um exame, uma aplicação de medicação, uma atividade de educação em saúde. Majoritariamente é realizado na forma de trabalho coletivo, o que demanda especial destaque às atividades de gestão.

O processo de trabalho dos profissionais em saúde:

Tem **como finalidade** - a ação terapêutica de saúde; **como objeto** - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; **como instrumental de trabalho** - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e **o produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida (PIRES, 1999, p.32).

O conjunto da assistência a seres humanos é resultado do trabalho de profissionais de saúde, cada um com uma prática e gama de conhecimentos específicos. O processo de trabalho em saúde é influenciado pela forma de organização do trabalho. Esta por sua vez, tem sua origem na mudança do espaço hospitalar, no final do século XVIII, o qual passou a ser um local de tratamento e ensino por diferentes profissionais, além disso, o contexto histórico de cada país e a forma de organização e gestão de outras áreas da produção influencia o modo de organizar o trabalho em saúde (PIRES, 2009).

A assistência em saúde, de modo geral, envolve um trabalho coletivo sendo caracterizado de duas formas: pela divisão técnica ou parcelar do trabalho e pelo trabalho do tipo profissional (PIRES, 2009).

O trabalho do tipo profissional é compreendido como um trabalho especializado e socialmente reconhecido/necessário, no qual o trabalhador possui domínio do conhecimento e do seu processo de trabalho (PIRES, 2009).

O trabalho em saúde se descreve com característica típica de divisão técnica do trabalho em saúde quando o trabalhador se distancia do seu objeto de trabalho, possui pouco domínio sobre o seu processo de trabalho, sendo desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade, sob coordenação dos profissionais de nível superior (PIRES, 2009). Na área da Atenção Primária à Saúde, esta divisão está presente na área da enfermagem e odontologia. Na enfermagem o(a) enfermeiro(a) delega ao técnico e/ou auxiliar de enfermagem certas práticas sob seu domínio de conhecimento, da mesma forma o odontólogo delega ao técnico e/ou auxiliar em saúde bucal.

Desta maneira:

O 'trabalho coletivo em saúde' aproxima-se da 'divisão técnica do trabalho' quando os participantes da equipe de saúde distanciam-se do

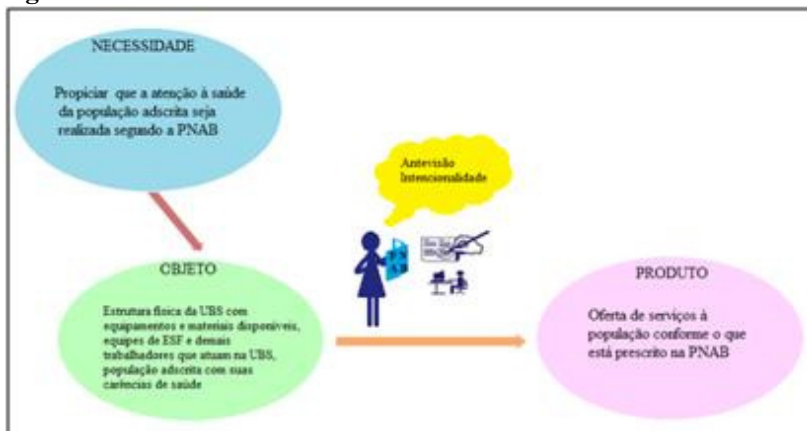
entendimento do seu objeto de trabalho, têm menor domínio sobre o seu processo de trabalho de modo que têm menos instrumental tanto para intervir na concepção do trabalho quanto para intervir criativamente no agir cotidiano. Assim, distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais. Quanto maior o controle sobre o processo de trabalho mais próximo da divisão social do trabalho; e quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho (PIRES, 2009).

Leopardi et al. (2001) ao abordar as dimensões do trabalho da enfermagem descrevem que o processo de trabalho na dimensão gerencial é realizado preferencialmente pelos(as) enfermeiros(as) e caracteriza-se:

Por ter uma finalidade genérica de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado, e uma finalidade específica de distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem. Seu objeto é a organização em si, produzindo uma combinação de condições para a assistência multi-profissional e a realização do cuidado terapêutico (LEOPARDI et al, 2001, p.39).

O processo de trabalho do gestor na APS está ilustrado na Figura 1. O trabalhador (gestor) age sobre o seu objeto usando as ferramentas necessárias (conhecimento acerca de planejamento e organização do trabalho e institucional, equipamentos, etc.) conforme a necessidade e a partir de sua antevisão e intencionalidade, gerando diferentes produtos. Em termos genéricos, o produto do trabalho do gestor na APS é a oferta de serviços à população conforme o prescrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ou ter realizado as atividades requeridas para a área de abrangência da UBS sob sua responsabilidade, planejadas e organizadas de modo a atender o prescrito na PNAB e no atual Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Figura 1 - Processo de Trabalho do Gestor de Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Elaborada pela autora a partir de Marx (2008) e da PNAB (BRASIL, 2012a).

2.2 CARGAS DE TRABALHO

A realização de uma pesquisa fundamentada pela teorização sobre cargas de trabalho de Laurell e Noriega (1989) contribui no processo do conhecimento sobre a dinâmica global dos fatores relacionados ao desgaste físico e mental do trabalhador. Alguns estudos (PIRES et al., 2012; 2012b; SCHMOELLER et al., 2011; TRINDADE; PIRES, 2013) desenvolvidos por membros do grupo de pesquisa “Práxis – núcleo de estudos sobre trabalho, cidadania, saúde e enfermagem” tem demonstrado a relevância deste referencial para a compreensão das cargas de trabalho em diferentes cenários laborais. Diante da importância deste conceito, o estudo aqui proposto se fundamentará na teoria sobre as cargas de trabalho de Laurell e Noriega (1989).

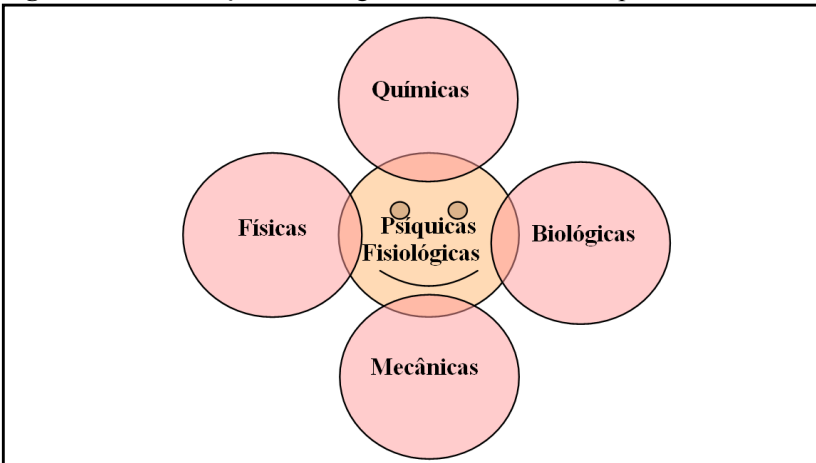
Laurell e Noriega (1989) conceituam cargas de trabalho como elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, diferente da categoria risco, utilizada na medicina do trabalho, que considera os diversos elementos isolados entre si e da dinâmica global do processo de trabalho.

Apesar da proximidade, os termos “carga de trabalho” e “cargas de trabalho” se distinguem, sendo que a expressão carga de trabalho, dentre outras utilizações, tem sido usada para designar o número de horas requeridas para o trabalho de enfermagem em estudos sobre o dimensionamento de pessoal. O outro termo “cargas de trabalho” inclui

as cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas que o trabalhador está submetido na realização do seu trabalho. O conceito de cargas de trabalho, “possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexo biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico específico de andar a vida” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Estas cargas são caracterizadas em grupos, mas é na interação entre elas e na sua relação com o processo de trabalho que as mesmas assumem concretude (Figura 2). Para tentar prever quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste, é importante saber que tipo de processo de trabalho está presente num local de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Figura 2 - Interatuação das Cargas de Trabalho no Corpo Humano.



Fonte: Elaborado pela autora com base em Laurell e Noriega (1989).

As cargas de trabalho podem ser distinguidas em diferentes tipos, agrupando de um lado, as físicas, químicas, biológicas e mecânicas, e em outro, as fisiológicas e psíquicas. A distinção entre os grupos está na maneira como a materialidade se expressa. No primeiro grupo se expressa a materialidade externa ao corpo, que ao interatuar com este torna-se materialidade interna. No segundo grupo, em sentido contrário, só adquire materialidade no corpo do trabalhador ao se expressarem em transformações em seus processos internos (LAURELL; NORIEGA,

1989). O Quadro 1 demonstra como estão caracterizadas estes diferentes tipos de cargas de trabalho.

Quadro 1 - Tipos de Cargas de Trabalho

	Tipos	Exemplos	Característica principal
Grupo 1	Físicas	Ruído e calor	Podem ser detectados e medidos sem envolver o corpo humano, mas ao interatuar com ele, tornam processos intracorporais complexos, ou seja, tem materialidade externa ao corpo, adquirem importância não em si mesmo, mas pelas transformações que geram no corpo.
	Químicas	Pó, fumaça, fibras, vapores, líquidos	
	Biológicas	Microorganismos	
	Mecânicas	Força/elementos que podem causar contusões, fraturas	Tem sua materialidade externa, mas convertem numa ruptura de continuidade instantânea do corpo.
Grupo 2	Fisiológicas	Ruptura dos ritmos fisiológicos e dessincronização. Ex.: o esforço físico pesado que incrementa o consumo calórico, a redistribuição de sangue que provoca hipertrofia de tecidos.	Não tem uma materialidade visível externa ao corpo, sua materialidade encontra-se nos processos corporais transformados.
	Psíquicas	Sobrecarga e subcarga psíquica. Ex.: Tensão prolongada e impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica, respectivamente.	

Fonte: Elaborado a partir de Laurell e Noriega (1989).

Diante da singularidade de cada elemento presente nas cargas de trabalho, é importante analisá-las em seu conjunto, afinal é a interação

entre elas e com a dinâmica do processo de trabalho, que determina sobrecarga e/ou desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Decompor e agrupar as cargas nos diferentes tipos não é, senão o primeiro passo analítico, dado que não adquirem pleno significado senão no interior da dinâmica global do processo de trabalho [...] o segundo passo no processo de investigação necessariamente consiste na reconstrução das cargas de trabalho através da análise da interação entre elas no marco da lógica global do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 113).

A origem das cargas de trabalho e do padrão de desgaste, de um determinado grupo, surge no modo como a base técnica, a organização e a divisão do trabalho se articulam, assim, ao analisar as particularidades de cada processo de trabalho pode-se extrair as características gerais das cargas e do desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O desgaste é considerado como a perda de capacidade efetiva ou potencial biológica e psíquica podendo ou não expressar-se como patologia, por ser geralmente inespecífico torna-se complexo, em suma, é difícil mensurar e observar os elementos que geram o desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989). Segundo os autores supracitados, alguns indicadores vêm sendo utilizados na tentativa de mensuração, como: “os sinais e sintomas inespecíficos, o perfil patológico, os anos de vida útil perdidos, o envelhecimento acelerado e a morte prematura”, além desses indicadores, também pode ser observado por meio de processos que constituem diferentes dimensões (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 116).

Dada a caracterização dos elementos que compõe as cargas de trabalho e sobre o desgaste, é necessário analisar o processo de trabalho do gestor de UBS, na busca de identificar os elementos presentes nas cargas de trabalho e que podem gerar o desgaste deste gestor.

2.3 GESTÃO E AS POLÍTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.3.1 Gestão em Saúde

O principal objetivo dos serviços de saúde é a produção de impacto positivo na condição de saúde da população, entretanto, os serviços de

saúde não compõem o único determinante do estado de saúde dos indivíduos, mas formam uma dimensão importante na sua responsabilidade de reduzir a dor, o sofrimento e a mortalidade (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009).

Na atividade de gestão relaciona-se o trabalho prescrito e trabalho real, ou seja, normatividade de um lado e mobilização subjetiva/inventividade do outro, e é nessa correlação entre o trabalho prescrito e trabalho real que o trabalho se adequa aos objetivos inicialmente formulados. “É no processo dinâmico de inter-relação entre os requisitos psíquicos e físicos do trabalho que reside a base da cooperação, da construção dos acordos intersubjetivos, necessários para a fabricação do consenso e para a viabilização do processo de trabalho” (LIEDKE; 1997, p.271).

A gestão de serviços de saúde se designa como um processo de trabalho com intuito de oportunizar as circunstâncias mais proveitosas para retirar o que há de melhor no campo da eficiência, eficácia e efetividade, ou seja, o gestor deve encontrar a melhor forma de utilizar os recursos presentes para o alcance de suas metas, e para isso envolve os seus conhecimentos, procedimentos e técnicas (TANAKA; TAMAKI, 2012). Compreende-se como eficiência a correlação entre produtos e recursos empregados; a eficácia como o alcance dos objetivos estabelecidos; e efetividade como a resolução dos problemas apresentados (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (TANAKA; TAMAKI, 2012, p. 822).

O perfil de gestão para os serviços de saúde inclui a capacidade de atuar num ambiente complexo, variável e cheio de limitações. Atuação que se desdobra em três momentos:

- 1) avaliação do quadro de necessidades de saúde, da oferta de serviços e da disponibilidade de recursos no ambiente institucional e sócio-político;

- 2) reorganização do processo de produção no ambiente particular de uma ‘organização profissional’ (programação de operações para enfrentar ou antecipar-se a problemas);
- 3) condução das operações, ajustando decisões ao contexto em permanente mutação (OPAS, 1997, p.3).

Destaca-se que o gestor eficaz será aquele com capacidade de estimular a equipe de saúde a se envolver com o processo de trabalho da unidade, de forma a adequar a sua prática às mudanças internas e externas para a produção de serviços de saúde. Sendo assim, o gestor ao desenvolver uma posição de líder fará com que a equipe de saúde se torne essencial para a qualidade dos serviços prestados (JUNQUEIRA, 1990).

Gestão em saúde pode ser definida pelo conhecimento construído e aplicado nas organizações de saúde, incluindo todas as instituições e serviços de saúde. A pressão exercida sobre a gestão em saúde é explicada pela valorização do direito à saúde/cobertura universal, pelo crescimento da expectativa de vida e o aumento dos gastos em saúde. Estes desafios presenciados pela gestão em saúde estão cada vez mais nas agendas das instituições públicas e privadas, dos gestores e estudiosos (LORENZETTI, 2013).

A cobertura universal ainda é um obstáculo encontrado na gestão em saúde de muitos países devido ao uso ineficiente e desigual dos recursos da saúde, em que há um desperdício de 20-40% (WHO, 2010). A redução desses recursos desperdiçados proporcionaria o aumento da capacidade dos sistemas de saúde e a qualidade dos serviços oferecidos (WHO, 2010).

Para que a cobertura universal aconteça, é necessário melhorar a eficiência e a equidade dos serviços de saúde, com oferta de serviços que abranja a todos, que pode, inicialmente, ter uma abordagem específica àqueles que são excluídos, mas sem perder o compromisso de cobrir 100% da população (WHO, 2010).

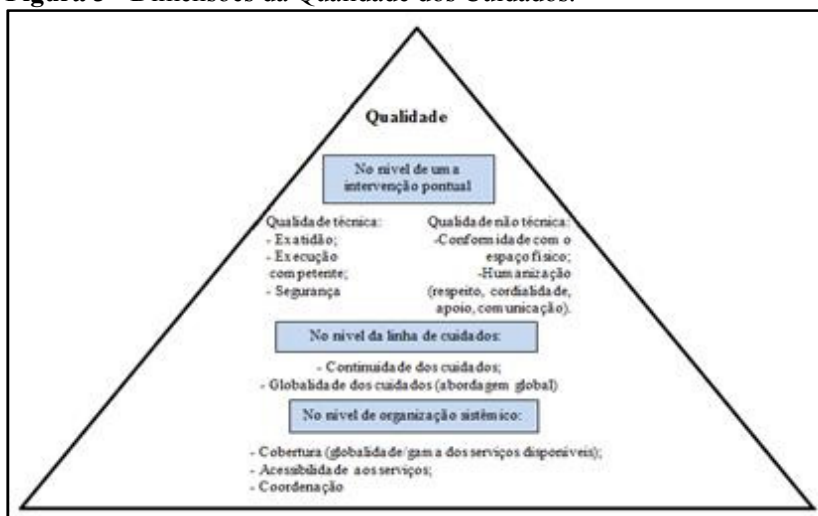
A eficácia da gestão em saúde dependerá de políticas que favoreçam a busca e aplicação adequada dos recursos e que sejam conscientes sobre a repercussão que pode gerar na saúde da população, afinal, “a não atuação adequada dos serviços de saúde gera perdas e sofrimentos humanos irreparáveis” (LORENZETTI, 2013, p. 48).

No campo mais amplo de gestão em saúde, nas organizações de saúde o que diferencia uma organização de outra é a qualidade dos

serviços, esta qualidade deve estar de acordo com as necessidades, ideias e conceitos dos usuários do serviço (MORAES, 2012).

O conceito de qualidade tem três dimensões: técnica, interpessoal e organizacional (à oferta de cuidados) (BROUSSELLE et al., 2011). A qualidade é determinada pelo conjunto de atributos do processo que favorecem o melhor resultado possível tendo em vista os conhecimentos, a tecnologia, as expectativas e as normas sociais (BROUSSELLE et al., 2011). A Figura 3 demonstra como esta dimensão pode estar inserida no nível de uma intervenção pessoal; no nível da linha de cuidados; e no nível de organização sistêmico.

Figura 3 - Dimensões da Qualidade dos Cuidados.



Fonte: Brouselle et al. (2011)

Além disso, o gestor pode utilizar sete pilares da qualidade como critérios de avaliação da excelência na prestação de serviços, sendo eles: **eficácia** (capacidade de cuidado ao usuário do serviço); **efetividade** (grau de alcance da melhoria do usuário ou grau de proximidade do quadro de melhoria possível); **eficiência** (custo com o qual uma dada melhoria na saúde do usuário foi alcançada); **otimização** (adição de benefícios com relação aos custos); **acessibilidade** (nível de adaptação dos cuidados oferecidos às expectativas e valores dos usuários); **legitimidade** (aceitabilidade dos cuidados providenciados); **equidade** (grau de satisfação no que diz respeito ao que é justo e razoável na

distribuição dos cuidados oferecidos e de seus benefícios) (MORAES, 2012).

Uma das propostas para gestão da qualidade em saúde é a ferramenta PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), termo inglês que traduzindo significa Planejar, Fazer, Checar, Agir, que representa um ciclo contínuo na busca dos processos/serviços com objetivo de atingir uma meta/resultados (MORAES, 2012).

Apesar da existência de ferramentas que auxiliam o gestor, este encontra muitos desafios para garantir aos usuários o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde devido à ação combinada do desenvolvimento de tecnologias, da crise de finanças públicas e do envelhecimento da população (BROUSSELLE, 2011). Diante desta difícil tarefa, com o intuito de auxiliar na tomada de decisão, o sistema de saúde age em níveis diferentes: no nível macro, sobre os princípios organizadores do sistema (as políticas públicas de saúde, por meio de portarias, leis, programas e etc); no nível meso, sobre as modalidades de organização da oferta de cuidados; e, no nível micro, sobre as decisões clínicas (BROUSSELLE, 2011).

Um dos exemplos para atuação sobre o nível micro está a Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde, a qual tem como objetivo construir referencial sobre esta gestão. A formação em gestão da clínica nas redes de atenção à saúde do SUS implica o desenvolvimento articulado de capacidades para uma atuação com excelência, sendo elas: 1) na área de Gestão: gestão de redes e serviços de saúde; 2) na área de Saúde: as práticas de saúde; e 3) na área de Educação: a gestão do conhecimento (BRASIL, 2009).

Neste sentido, como forma de melhorar a qualidade das Unidades Básicas de Saúde, foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Básica e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

2.3.2 Estratégia Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde, segundo Starfield:

é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas [...]. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas (como diagnóstico,

prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico), são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e bem-estar. [...] É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p 28).

Inserida no contexto de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS, tem fundamental destaque para sua organização, devendo estar estruturada com base na lógica da integralidade e de forma que seja a ordenadora destas redes.

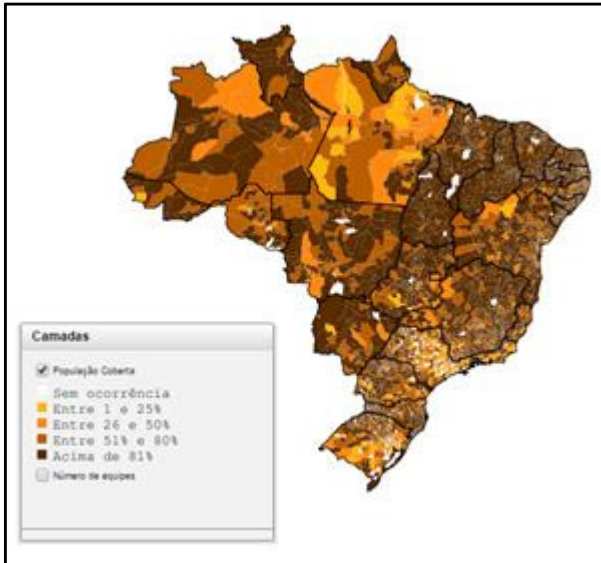
As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012a, p. 25).

Assim, a APS como ordenadora das RAS deve ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes, de forma que seja “o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2012a, p.19). Para isso, a APS tem como fundamentos e diretrizes: território adstrito; acesso universal e contínuo a serviços de saúde; adscrição e vínculo com os usuários; coordenação da integralidade; e participação dos usuários (BRASIL, 2012a). Corroborando com Starfield (2002) a APS tem quatro principais atributos: atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação do cuidado.

No Brasil, a APS se reformula por meio da Estratégia Saúde da Família, a qual teve sua base na construção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família

(PSF). Os dados de 2014 do Departamento de Atenção Básica (DAB) sobre a ESF apresentaram que a mesma provê uma cobertura populacional de 59,43% (corresponde a 119.498.080 pessoas), ou seja, são 38.595 equipes de Saúde da Família implantadas para uma população de 201.062.789 habitantes distribuídas entre 5.570 municípios (BRASIL, 2014a; 2014b). A Figura 4 ilustra a dimensão desta cobertura no território nacional.

Figura 4 - Dimensão da cobertura populacional pela ESF no território brasileiro.

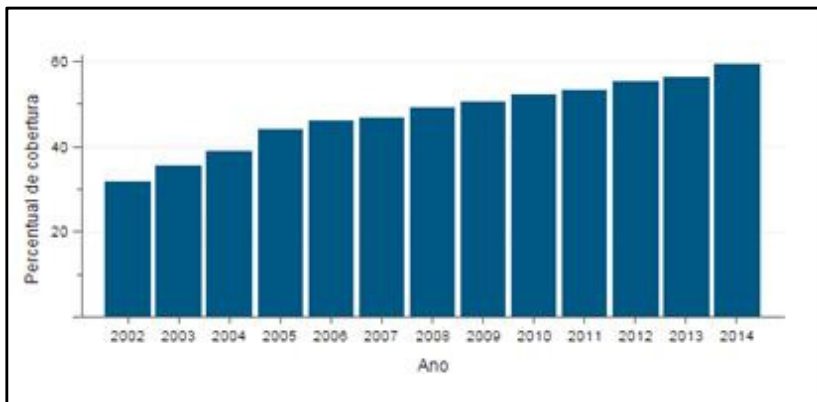


Fonte: Brasil, DAB (2014a).

Além da cobertura atual, é importante sinalizar que a ESF vem crescendo como estratégia prioritária para a atenção primária à saúde dos brasileiros no sentido da viabilização das diretrizes do SUS, em uma década aumentou de 35,7% (2003) para 56,12% (2013) como podemos observar no Gráfico 1 (BRASIL, 2014a). Apesar da aparente incipiência, os números não apresentaram nenhuma queda, mantendo-se em sentido crescente (Gráfico 2), além de que estes dados se referem a quase 200 milhões de habitantes dimensionados em um território extenso e com características diversas, aumentando o desafio de sua implantação estratégica. Diante desta dificuldade, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversos mecanismos para incentivar o fortalecimento da

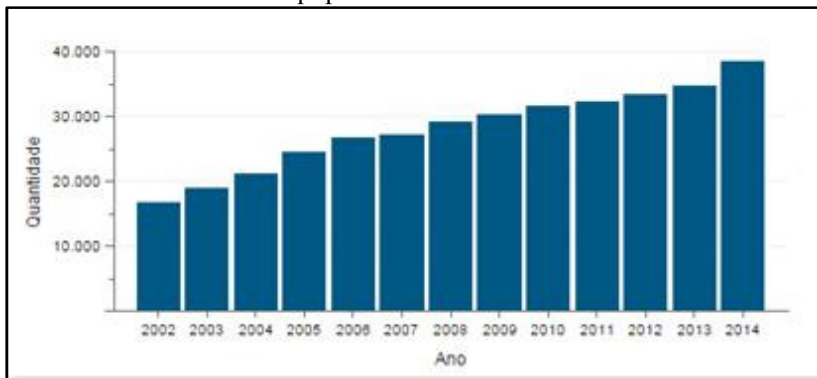
ESF destacando-se formulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, a qual foi reeditada em 2012.

Gráfico 1 - Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família no Brasil.



Fonte: Brasil, DAB (2014a).

Gráfico 2 - Número de Equipes de Saúde da Família no Brasil.



Fonte: Brasil, DAB (2014a).

Segundo a PNAB (BRASIL, 2012a) a Estratégia Saúde da Família é desenvolvida por uma equipe composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e por agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como

parte da equipe, os profissionais de saúde bucal- cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. A equipe inclui profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais os quais devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar com vistas a possibilitar a atenção ao indivíduo na sua integralidade.

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade e o grau de vulnerabilidade das famílias presentes no território. Quanto ao número de ACS, este deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2012a).

A PNAB de 2012 modifica a carga horária e o cadastramento do profissional médico, sendo que os demais profissionais devem ser cadastrados em apenas uma equipe de Saúde da Família, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas equipes e com carga horária máxima de 40 horas semanais (BRASIL, 2012a).

Além disso, os profissionais médicos com jornada de 40 horas devem observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2012a).

Poderão ser admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médicos de Família e Comunidade nas equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - Dois médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais–, com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família;

II - Três médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas – equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de Saúde da Família;

III - Quatro médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas – equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes –, com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de Saúde da Família;

IV - Dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família; e

V - Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas [...] (BRASIL, 2012a, p.56).

Diante das diversas possibilidades de inserção do profissional médico podemos considerar que o MS tem observado a dificuldade em propiciar 1 médico por equipe.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a). Cada equipe tem responsabilidade sanitária por um território de referência, sendo que as equipes de Saúde da Família devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente (BRASIL, 2012a).

Quando a equipe de Saúde da Família é acrescida de profissionais de saúde bucal, estes podem seguir as modalidades I, II ou III, sendo a modalidade:

I – Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar em saúde bucal (ASB);

II – Cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB); e

III - Profissionais das Modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Independentemente da modalidade adotada, recomenda-se que os profissionais de saúde bucal estejam vinculados a uma eSF (equipe de Saúde da Família) e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a eSF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2012a, p.59-60).

Outro diferencial sobre a saúde bucal, é que o gestor recebe do MS os equipamentos odontológicos, por meio de doação direta ou repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo), quando for implantada cada equipe de saúde da família com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduz pela primeira vez esses profissionais numa equipe de saúde da família já implantada (Modalidade I ou II) (BRASIL, 2012a).

2.3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Atualmente como forma de incentivo para a qualidade da APS, o MS tem investido no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Em princípio, o PMAQ, além de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, de acordo com as necessidades concretas da população, tem direcionado o processo de trabalho do gestor das UBS. O programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da APS: Adesão e

Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização (BRASIL, 2012b).

A fase de Adesão e Contratualização: é a etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes da APS com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012b).

A fase de Desenvolvimento: realização do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes da APS, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança do cuidado, da gestão, e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da APS. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional) (BRASIL, 2012b).

A fase de Avaliação Externa: consiste na avaliação externa que será a fase em que se realiza um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da APS participantes do programa (BRASIL, 2012b).

A fase de Recontratualização: é o processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (BRASIL, 2012b).

Para o acompanhamento das ações das equipes da APS pelo PMAQ, foram selecionados 47 indicadores (Anexo A), subdivididos em sete áreas estratégicas (Saúde da mulher; Saúde da Criança; Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde bucal; Produção geral; Tuberculose e Hanseníase; Saúde Mental) e classificados em dois grupos segundo a natureza de seu uso:

a) Desempenho (23): vinculados ao processo de avaliação externa em que são utilizados para a classificação das equipes, conforme o seu desempenho (BRASIL, 2012b);

b) Monitoramento (24): acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar na pontuação atribuída às equipes no processo de avaliação externa (BRASIL, 2012b).

Os indicadores selecionados tem aderência aos principais focos estratégicos da APS: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Saúde Mental e Doenças

Transmissíveis, e também aos programas estratégicos do Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência. Sendo que os indicadores definidos relacionam-se historicamente com os indicadores do Pacto pela Saúde e do Indicador Nacional de Saúde, no âmbito do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2012b).

Para este processo do PMAQ vale destacar o papel do gestor de UBS, pois sua função avaliativa está intrinsicamente ligada a esta atividade, uma vez que os processos autoavaliativos na APS devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes, com o intuito de verificar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de APS e da Gestão, conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (BRASIL, 2012b).

O PMAQ destaca alguns exemplos de ações que podem ser realizadas por estes gestores das UBS:

- I – Discussão e montagem das agendas das equipes enquanto dispositivos que organizam e orientam o trabalho coletivo cotidiano em função das necessidades e prioridades de saúde;
- II – Suporte à implantação do acolhimento à demanda espontânea;
- III – Suporte à construção de projetos terapêuticos singulares, a partir de casos ou situações que mobilizam ou desafiam a equipe;
- IV – Suporte à implantação de dispositivos para qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da UBS;
- V – Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- VI – Análise de indicadores e informações em saúde;
- VII – Facilitação dos processos locais de planejamento;
- VIII – Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários, sem pretender eliminar diferenças e tensões, mas buscando enriquecer os processos com o convívio das diferenças, o esforço de escuta/diálogo, a

conversão das crises paralisantes em crises produtivas e a construção de projetos comuns;
IX – Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede (BRASIL, 2012b, p. 49).

Conforme orientação do PMAQ (BRASIL, 2012b), o contexto atual apresenta uma crescente busca pela qualidade do atendimento nas UBS, destacando-se o gestor local como elemento líder na busca e concretização desta qualidade, afinal este pode ser considerado como um representante tanto de sua Unidade de atuação quanto da Secretaria Municipal de Saúde. A complexidade deste trabalho pode interferir nas cargas de trabalho de gestores neste âmbito de organização do SUS.

3. METODOLOGIA

Para Minayo e colaboradores (2010, p.14) “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)”.

O presente estudo filia-se à abordagem qualitativa. Compreende-se pesquisa qualitativa como uma forma de explorar e perceber como as pessoas ou os grupos atribuem sentido(s) a um problema social ou humano, sendo uma ação que localiza o observador no mundo, não sendo considerado meramente como um observatório de dados, mas que, além disso, propicie um espaço para novas questões (CRESWELL, 2010; DENZIN; LINCOLN, 2006; POUPART et al., 2008)

Segundo Creswell (2010), as estratégias de investigação consistem em proporcionar uma condução aos procedimentos em um estudo, neste sentido a presente pesquisa caracteriza-se como exploratório-descritiva. Corroborando com Poupart et al. (2008) a pesquisa descritiva tem como premissa descrever uma situação social circunscrita, já a exploratória procura explorar determinadas questões, sendo assim, esta pesquisa pretendeu familiarizar-se com os gestores das Unidades Básicas de Saúde bem como descrever “como” e o “que” dos fenômenos relatados por estes atores.

Ainda como estratégia de investigação, o estudo foi fundamentado em projeto de pesquisa passando por uma banca de qualificação em 02 de dezembro de 2013 para posterior entrada de campo. Esta premissa auxiliou na coleta, análise e interpretação dos dados, o que corroborando com Creswell (2010), são elementos relevantes para o método da pesquisa.

3.1 O LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em diferentes Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, localizada no sudeste do Brasil.

O Rio de Janeiro foi fundado em 1565 por Estácio de Sá como defesa da baía de Guanabara, após a expulsão dos franceses, sendo capital do Brasil entre 1763 e 1960 e só passou a ser capital do Estado do Rio de Janeiro em 1974 (IBGE, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), em 2010 a cidade registrou o total de 6.320.446 pessoas estimando para 6.429.923 em 2013, distribuídas numa área territorial de

1.200,278 km², com uma densidade demográfica de 5.265,82 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano registrou em 2010 o número de 0,799, com incidência de pobreza de 23,85%. Entre as cidades do Estado o Rio de Janeiro possui o segundo melhor IDH, perdendo apenas para Niterói que apresenta IDH de 0,837, e entre as capitais do Brasil ficou em 8º lugar empatado com Goiânia (GO) (IBGE, 2013).

Referente à economia, o Rio de Janeiro marcou 2011 com seu Produto Interno Bruto (PIB) (Valor adicionado) de R\$163.768.906, deste total 85,57% advindos do setor de serviços (setor terciário da economia), 14,39% do setor de indústria e aproximadamente 0,03% do setor de agropecuária (IBGE, 2013). Analisando a contribuição do município na produção do setor de serviços do estado e do país, verifica-se que o município contribuiu com 97% dos recursos provenientes do setor de serviços do Estado do Rio de Janeiro e 11,7% do Brasil (IBGE, 2013). A Tabela 1 representa o PIB conforme localidade e setores da economia.

Tabela 1 - PIB por localidade e setores da economia

Setores	Rio de Janeiro (Cidade)	Rio de Janeiro (Estado)	Brasil
Agropecuária	R\$ 60.598	R\$1.072.848	R\$105.163.000
Indústria	R\$23.570.064	R\$62.966.386	R\$539.315.998
Serviços	R\$140.138.244	R\$144.387.422	R\$1.197.774.001
Total	R\$163.768.906	R\$208.426.656	R\$1.842.252.999

Fonte: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA (IBGE, 2013).

Segundo o IBGE, a cidade do Rio de Janeiro registrou em 2009 o total de 2.087 estabelecimentos de saúde, sendo que 32 pertenciam à esfera Federal, 43 eram Estaduais, 114 municipais e 1.898 privados (IBGE, 2013).

Quanto à saúde no nível municipal, a cidade do Rio de Janeiro desde 2009 tem lançado esforços para tornar a ESF como modelo prioritário na Atenção Primária à Saúde carioca. A cobertura da população pela ESF desta cidade passou de 3,5% em janeiro de 2009 para 44% em julho de 2014 (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014a).

As Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro são caracterizadas por três tipos: 1) Unidade Modelo A, que possui exclusivamente a ESF; 2) Unidade Modelo B que possui a ESF e o

atendimento tradicional em saúde (clínica médica, ginecologia, pediatria, etc); 3) Modelo tipo C que possui exclusivamente o atendimento tradicional em saúde. As Unidades com Modelo A tiveram impacto a partir da criação em 2009 com a criação das Clínicas da Família, as quais totalizam 72 e os Modelos B e C estão inseridos nos Centros Municipais de Saúde (CMS), que somados (CF e CMS) representam cerca de 200 UBS (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014a).

Como mecanismo para aceleração da ESF, a prefeitura do Rio de Janeiro contratou serviços de diferentes Organizações Sociais (OS) por meio de convênios. Na área da saúde, há a inserção de 21 (vinte e uma) OS. As OS também estão inseridas na área do esporte (11), cultura (7), meio ambiente (1) e desenvolvimento tecnológico (3) (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014b).

Tratando-se do aspecto legal sobre a contratação de OS, a Lei Municipal nº 5.026 de 19 de maio de 2009, dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, enfatiza que na saúde as OS podem entrar nos equipamentos destinados à Estratégia Saúde da Família e que deve seguir os princípios do Sistema Único de Saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2009). Sobre a dimensão nacional, a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 trata sobre a qualificação de entidades como OS, qualificando-a como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, com o desenvolvimento de atividades destinadas a diversas áreas, incluindo a saúde.

Diversos debates têm surgido sobre a contratação de OS na área da saúde, trata-se de um assunto polêmico que não compete discutir nesta dissertação uma vez que os objetivos não se propõem a pesquisar sobre o impacto gerado por meio deste mecanismo, ademais a participação da pesquisadora na gestão do município em questão, prejudicaria a imparcialidade deste impacto.

Em princípio, as OS contribuem para a flexibilidade das ações da gestão, ou seja, desburocratização da administração pública com vistas a melhorar a eficiência dos resultados. Outro argumento seria que a flexibilidade encontrada por meio de contratação de OS reflete na agilidade de adquirir recursos materiais, financeiros e humanos. Todavia, não tem como negar a interferência deste tipo de contrato no processo de trabalho dos funcionários que atuam sob este tipo de regime, já que os gestores participantes da pesquisa são contratados via OS pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

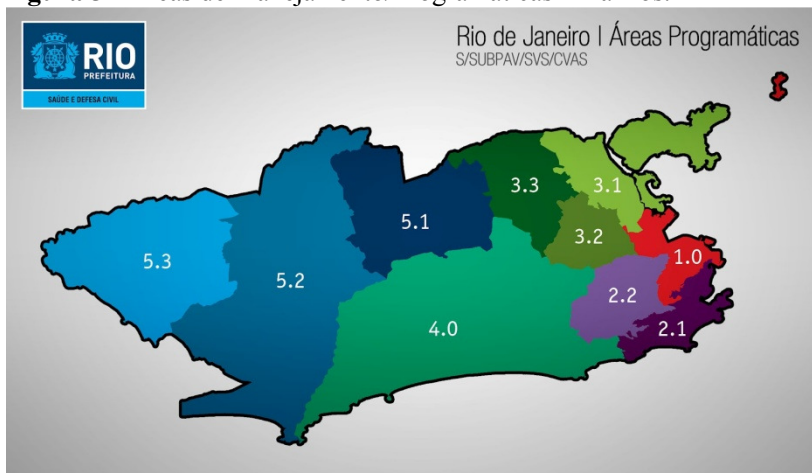
Ainda na cidade em estudo, há UBS com a presença de trabalhadores contratados por dois tipos de regime de trabalho, os que

atuam na ESF, geralmente são contratados via OS (CLT) e os do modelo tradicional são por concursos públicos (funcionário público). Esta diferença de contratação pode interferir nas cargas de trabalho de todos, inclusive dos gestores, pois ainda é predominante UBS (modelo B/misto) em que há um diretor que é funcionário público e um gerente de ESF que é via CLT.

Sobre os demais serviços de saúde oferecidos pelo município ainda há outras instituições de outros níveis de assistência, tais como: nove Policlínicas; vinte e sete unidades especializadas em atendimento psicossocial, sendo que destes, vinte e quatro pertencem ao município, sendo treze Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), quatro Centros de Atenção Psicossocial Álcool Drogas (CAPSad) e sete Centros de Atenção Psicossociais infantis (CAPSi), além dos três CAPS das redes estadual e federal; quatorze Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA); cinco Coordenações de Emergência Regional (CER) instaladas ao lado de grandes hospitais de emergência; oito unidades de pronto atendimento em rede hospitalar de urgência e emergência; seis hospitais especializados e de menor porte, além de três hospitais psiquiátricos, três hospitais pediátricos e um geriátrico; dez maternidades e uma casa de parto próprias; dois Institutos, sendo um específico em veterinária e outro em nutrição (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014a).

A divisão administrativa da saúde do Rio de Janeiro constitui-se por 10 (dez) Áreas de Planejamento também chamadas de Áreas Programáticas (AP), cada uma com coordenação correspondente denominadas de Coordenação de Área de Planejamento/Programática (CAP) como demonstrado na Figura 5. A quantidade de bairros por AP variam entre 3 (AP 5.3) até 29 bairros (AP 3.3) como demonstrado no Quadro 2.

Figura 5 - Áreas de Planejamento/Programáticas – Bairros.



Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2011).

Quadro 2 - Bairros por Áreas de Planejamento/Programáticas do Rio de Janeiro.

AP	Bairros correspondentes
1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista

	Alegre.
4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2011).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta intencionalmente considerando como critérios de inclusão: os gestores de UBS que atuavam somente com o modelo da Saúde da Família (Modelo A); gestores de UBS de Áreas de Planejamento/Programáticas que tipificassem o município, destas foram incluídos de duas Áreas de Planejamento/Programáticas de diferentes regiões do município, abrangendo os que possuíam pouco tempo de experiência como gestor na ESF (6 meses a 2 anos) e também os mais experientes na gestão (2 anos ou mais); gestores de UBS que tenham aderido à Estratégia Saúde da Família há mais de 1 ano; UBS com até 2 equipes de saúde da família (pequeno porte) e as UBS com 3 ou mais equipes de saúde da família.

Diante dos critérios de inclusão, participaram da amostra 11 gestores de 10 Unidades Básicas de Saúde (8 Clínicas da Família e 2 Centros Municipais de Saúde), este número foi considerado suficiente diante da saturação de amostras dos dados coletados. De acordo com Fontanella et al. (2008), o processo de saturação acompanha a coleta de dados e o processo de análise contínuo de análise dos dados, sendo considerados saturados quando pouco de substancialmente novo aparece.

Na cidade do Rio de Janeiro, em algumas UBS o trabalho de gestão é realizado por dois gestores, ou seja, o cargo é desempenhado por duas pessoas. Os dois gestores tem portaria de designação e respondem igualmente pelo cargo. No cotidiano dividem o trabalho segundo critérios definidos pelos próprios gestores. O município adota esta modalidade de gestão devido à amplitude da abrangência de UBS, nas quais atuam um grande número de equipes.

Para a entrada no campo foram adotadas as seguintes estratégias: apresentação do projeto aos coordenadores das Áreas de

Planejamento/Programáticas (AP) a fim de sensibilizá-los para a realização da pesquisa; Análise das UBS das duas AP escolhidas para selecionar as UBS que atendessem os critérios de inclusão. Em seguida foram contatados por telefone os gestores destas UBS, que também atendessem aos critérios de inclusão, com o intuito de convidar a participar da pesquisa. Com aqueles que aceitaram foi marcado dia e hora para o início de coleta de dados conforme sua disponibilidade, não houve recusa de participação. Como estratégia de saída de campo foi adotada a validação da entrevista, após a transcrição, por meio de envio por e-mail, para que os participantes pudessem alterar, reelaborar ou apenas certificar o que estava escrito. Após a sustentação do mestrado e apresentação final ao meio acadêmico, adotou-se a estratégia de envio a todos os participantes a fim de demonstrar os resultados obtidos.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve como base o processo de triangulação de dados incluindo: estudo documental, observação e entrevista semiestruturada. A triangulação de dados é considerada como uma forma de articular os resultados obtidos por dois ou mais instrumentos de coleta de dados, em que o pesquisador busca uma interpretação global por meio dos padrões de convergências do conjunto dos achados (POPE; MAYS, 2005).

A razão de utilizar a triangulação de dados, é que a observação pôde contribuir na busca de cargas de trabalho não mencionadas pelos gestores nas entrevistas, sendo realizada precedida da entrevista, uma vez que se esta fosse realizada anteriormente poderia interferir nas ações dos gestores durante o processo de observação. As entrevistas foram fundamentais nesta pesquisa por possibilitar a captação do fenômeno a partir de quem o vivencia. E por fim, a análise de documentos colaborou na busca de dados sobre as UBS participantes desta pesquisa. O período de toda coleta de dados durou entre os meses de julho a outubro de 2014.

3.3.1 A observação

A observação neste estudo buscou contrabalançar a investigação que valoriza a fala com a que avalia a ação e as relações da vida cotidiana, conforme o mencionado por Minayo (2005; 2007; 2008) e por Pope e Mays (2005). A observação foi realizada em todas as UBS

participantes da pesquisa sendo orientada por um roteiro (Apêndice A) que pretendia verificar os elementos presentes no processo de trabalho que pudessem interferir nas cargas de trabalho dos gestores. Os dados obtidos na observação mostraram alguns aspectos que puderam servir para identificar aspectos relevantes a serem triangulados com o obtido nas entrevistas e no estudo documental. Toda a observação foi registrada em um diário de campo identificando o período de tempo de observação, o tempo de observação com cada gestor teve uma média de 2 horas, totalizando 25 horas de observação em toda pesquisa. As informações obtidas no período de observação foram consideradas satisfatórias, suficientes, e auxiliaram na compreensão do processo de gestão e cargas de trabalho de gestores da ESF.

3.3.2 A entrevista

A entrevista é considerada como um diálogo iniciado pelo entrevistador a fim de construir informações para o objeto de pesquisa (MINAYO, 2007). No presente estudo foi utilizada de forma semiestruturada (Apêndice B), ou seja, pela combinação de perguntas abertas, para que o participante possa discorrer sobre o tema de forma flexível sem, necessariamente, se prender a indagação formulada (MINAYO, 2005; 2007; 2008). A forma de registro ocorreu por meio de gravador de voz de acordo com a aprovação e escolha do melhor local e horário pelo entrevistado. As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, no mesmo dia após a observação, sendo alguns períodos à tarde e outros pela manhã. O tempo de entrevista com cada participante variou entre 1 hora e 2 horas, com uma média de 1 hora e 30 minutos, ao total da pesquisa foram aproximadamente 16 horas de entrevista.

3.3.3 O estudo documental

Documento é um termo utilizado para descrever a impressão do ser humano deixado em um objeto físico, pode ser dividido em fonte primária (p. ex. atas de reuniões, relatório anual, manuais, arquivos pessoais) e secundária (considerada como a interpretação de um período baseada na fonte primária) (BELL, 2008). O presente estudo utilizou de fontes primárias, de acesso público da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro por meio da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e também dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, contidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2014c). Este

procedimento de coleta de dados teve como premissa a abordagem orientada para esclarecer o processo de trabalho da UBS e de seus gestores, conforme o referencial teórico, sendo seguido um roteiro (Apêndice C) no qual constavam alguns itens orientadores do que procurar nos documentos disponíveis.

3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos nas entrevistas foram transcritos, procedendo-se a várias leituras dos documentos, organizados e categorizados utilizando os recursos do software *Atlas.ti 7.0 (Qualitative Data Analysis)*. O mesmo processo ocorreu com os dados das observações e os documentos selecionados. Todos foram inseridos no software como *documents* (documentos), sendo que cada um teve uma numeração específica, realizada pelo software conforme a ordem de inserção dos documentos e reordenados pela pesquisadora quando necessário. Este software consiste em uma ferramenta cuja principal característica é a interatividade com mais diversos formatos de arquivos, e organizado de modo a possibilitar a intervenção criativa do pesquisador no processo de análise de dados em pesquisa qualitativa.

Corroborando com Gaskell (2007) e Polit et al. (2004) os recursos de programas computadorizados tem facilitado o processo de análise dos dados, substituindo o processo manual de recortar e colar por um processo mais rápido deste mecanismo. Segundo estes autores, alguns programas têm oferecido recursos mais avançados, como é o caso do software *Atlas.ti* que além de auxiliar na categorização, realiza uma função gráfica. Desta forma, o uso do referido software contribuiu para que o tempo de análise fosse mais bem utilizado, de modo que a pesquisadora pôde dedicar-se a interpretação e síntese teórica dos achados, facilitando a construção do relatório de pesquisa e a elaboração dos manuscritos.

O processo de análise dos dados, mediado pelo uso do software foi orientado pela análise temática de conteúdo descrita por Bardin (2011).

A análise temática de conteúdo se organiza por três polos cronológicos: a) pré-análise (sistematização das ideias iniciais); b) exploração do material (operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas); c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

Bardin (2011) considera que o tratamento do material na análise de conteúdo se dá pela codificação, ou seja, transformar os dados brutos, por meio do recorte, agregação e enumeração, a fim de alcançar uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Na linguagem do *Atlas.ti*: seleção das *quotations* (unidades de significado) e atribuição de *codes*.

Na análise temática, o tema é a unidade de registro para estudar motivações, opiniões, atitudes, valores, crença, tendências, entre outros.

Na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (BARDIN, 2011, p. 135).

Classificar os diversos elementos e em seguida reagrupar conforme o gênero, com os critérios pré-definidos designa-se como categorização (BARDIN, 2011). A categorização é o processo que no *Atlas.ti* inicia com a codificação, podendo associar *codes* significantes em *families* (famílias), categorias analíticas. O critério de categorização na análise temática é semântico, utiliza como forma de agrupamento os temas possuidores do mesmo significado (BARDIN, 2011).

A categorização na análise de conteúdo é construída por duas etapas: a) *inventário* (isolamento dos elementos) e b) *classificação* (divisão dos elementos em busca de organizar as mensagens), sendo assim, a classificação deve produzir um sistema de categorias, fornecer a representação dos dados brutos de uma forma simplificada, mas que traga à tona os dados invisíveis (BARDIN, 2011). Durante o processo de análise é importante destacar que este se constitui em um bom instrumento de inferência (indução a partir dos fatos), em outras palavras, induzir para investigar as causas a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores) (BARDIN, 2011).

Após a leitura do material e com base nos objetivos propostos pela pesquisa, a dinâmica de análise dos dados no software *Atlas.ti* foi construída da seguinte forma: a) criação de uma *Hermeneutic Unit* (Unidade Hermenêutica) contendo o conjunto de todos dados a serem analisados para a pesquisa; b) cada entrevista, nota de observação e documento estudado, foi inserida no software como *Primary Document* (Documento Primário) e identificados pela pesquisadora de acordo com

cada tipo de coleta de dados; c) seleção dos trechos significativos (*quotations*) seguido da criação de *codes*. Após esta construção, o software permitiu a junção de todas as *quotations* categorizadas de acordo com a denominação de seu *code* e a criação das *categorias* denominadas de *families*.

Com os resultados categorizados foi possível definir o que os dados apontavam e interpretá-los à luz do referencial teórico e da literatura.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os aspectos éticos foram considerados durante o processo da pesquisa seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares. Antes de sua aplicação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 638.904 (Anexo B).

O respeito aos participantes da pesquisa foi mantido por meio da autorização destes, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) para registro de assinatura, mantendo a garantia de liberdade de participação, do pleno acesso às informações, da proteção de seus direitos, da confidencialidade e anonimato dos participantes, os quais foram identificados por letras (G de gestor) e seguidos por números de ordem (G1, G2, G3...). As observações foram definidas como “Obs” e seguindo a mesma numeração do participante. A observação e a entrevista foram realizadas mediante o consentimento do participante, ou seja, após assinatura do TCLE.

A pesquisa não **ofereceu riscos importantes ao participante**, porém se o participante sentisse algum desconforto por estar sendo observado ou por mobilizar determinados sentimentos durante a entrevista, a coleta de dados seria imediatamente interrompida e somente seria retomada quando e o participante se sentisse em condições. Além disso, esta pesquisa não consistiu em estudo experimental que viesse a colocar em prática qualquer nova intervenção ou mudança no cenário institucional.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) a pesquisa foi iniciada considerando o respeito aos participantes bem como à instituição participante, garantido em todo o processo de pesquisa, assim como foram respeitadas as condições de:

- Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos

- participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- Garantia do recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado em duas vias, com todas as páginas rubricadas, ambas contendo as assinaturas do participante e do pesquisador em mesma folha, além de constar o endereço e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP;
 - Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
 - Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos;
 - Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.

Após a sistematização do relato este foi entregue ao participante para obter o parecer final, estando este livre para acrescentar ou retirar as informações que julgasse pertinente. Ainda se o participante desejasse poderia deixar de responder às perguntas que julgasse conveniente ou desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa tiveram como base o disposto na Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (PEN, 2011), que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem e dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Neste sentido, os resultados estão apresentados no formato de dois 2 (dois) manuscritos/artigos. O primeiro artigo intitulado como “Cargas de trabalho presentes no cotidiano de gestores da Estratégia Saúde da Família”; e o segundo intitulado como “Fatores que contribuem para aumento e redução das cargas de trabalho de gestores da Estratégia Saúde da Família”.

Os dois manuscritos/artigos são referentes à análise dos dados obtidos por meio da triangulação de dados (documentos, observação e entrevista) realizados com os gestores de Unidades Básicas de Saúde, que visam responder ao objetivo geral do estudo “compreender de que modo a gestão de Unidades Básicas de Saúde que atuam com a ESF influencia as cargas de trabalho de quem o realiza” e, também, aos objetivos específicos de: a) caracterizar o perfil dos gestores e das Unidades Básicas de Saúde participantes da pesquisa; b) caracterizar o processo de trabalho dos gestores, incluídas na pesquisa; c) identificar elementos presentes no processo de trabalho dos gestores que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho.

4.1 ARTIGO 1 – CARGAS DE TRABALHO PRESENTES NO COTIDIANO DE GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE DAILY WORKLOAD OF MANAGERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

CARGAS DE TRABAJO EN EL COTIDIANO DE LOS GERENTES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Resumo: o estudo teve como objetivos identificar as cargas de trabalho presentes no cotidiano de gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e caracterizar o processo de trabalho destes gestores. **Método:** Abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva sustentada pela teoria sociológica sobre processo de trabalho e cargas de trabalho. Para a coleta de dados utilizou-se, estudo documental, observação e entrevista semiestruturada com 11 gestores da ESF de 10 UBS da cidade do Rio de Janeiro. A análise dos dados foi orientada pela análise temática de conteúdo com o auxílio do software *Atlas.ti 7.0*. **Resultados e Discussão:** o trabalho de gestor está relacionado ao atendimento de diversas demandas externas e internas da UBS, o que tem dificultado o planejamento e a organização do seu trabalho. Esta dificuldade tem potencializado as suas cargas de trabalho evidenciando-se as cargas psíquicas, todavia as demais cargas (físicas, fisiológicas, biológicas, mecânicas e químicas) também foram citadas. **Conclusão:** Dentre as cargas de trabalho presentes no trabalho dos gestores houve predomínio das cargas psíquicas, as quais refletem as condições de trabalho e tem potencial para provocar agravos à sua saúde deste trabalhador.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Carga de Trabalho; Gestor de Saúde; Saúde do Trabalhador.

Abstract: The present study aims to identify the daily workload of managers of Basic Health Units (BHU) working in the Family Health Strategy. **Methods:** A descriptive-exploratory qualitative approach supported by the working process and workload sociological theory. The data collection comprised documentary study, observation and semi-structured interviews with 11 managers of the Family Health Strategy of 10 BHU of the city of Rio de Janeiro. The data analysis was guided by thematic content analysis helped by the *Atlas.ti 7.0* software.

Results and Discussion: The managerial work involves dealing with various external and internal demands of BHU, which competes with the planning and work organisation. This difficulty has increased the managers' workload with emphasis on psychological burden. However, other workloads (physical, physiological, biological, mechanical and chemical), were also mentioned by the participants. **Conclusion:** Amongst the workload faced by managers, the most common was the psychological burden, reflecting their working conditions and having the potential for being detrimental for their health.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Workload; Health Manager; Occupational Health.

Resumen: El presente estudio tiene como objetivo identificar las cargas de trabajo en la rutina diaria de los gerentes de las Unidades Básicas de Salud (UBS) que trabajan con la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** Un enfoque cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo con el apoyo de la teoría sociológica sobre el proceso de trabajo y las cargas de trabajo. Para recoger ellos mismos los datos, estudio documental, observación y entrevistas semi-estructuradas con 11 directivos de la Estrategia de Salud Familiar de 10 UBS en la ciudad de Rio de Janeiro. El análisis de datos se basó en el análisis de contenido temático, con la ayuda del software Atlas.ti 7.0. **Resultados y Discusión:** El trabajo de gestor está relacionado con la atención de diversas demandas externas e internas de UBS, que ha dificultado la planificación y organización de su trabajo. Esta dificultad ha aumentado su cargas de trabajo pone de manifiesto la carga mental, pero otras cargas de trabajo (física, fisiológica, biológica, mecánica y química) también fueron citados. **Conclusión:** Entre las cargas de trabajo presentes en el trabajo de los gestores eran la carga mental más común, que reflejan las condiciones de trabajo y tiene el potencial de causar daños a su salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Carga de Trabajo; Gestor de Salud; Salud Laboral.

INTRODUÇÃO

O processo de trabalho dos gestores das Unidades Básicas de Saúde está relacionado às características intrínsecas do próprio trabalho de gestão em saúde e aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) prescritos na Política Nacional de Atenção Básica, a qual prevê a

organização deste nível de atenção articulado ao conjunto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Em um sistema de saúde, a APS constitui-se na estrutura de maior proximidade do indivíduo com a rede de serviços de saúde. Neste nível de atenção encontram-se os recursos necessários para a promoção, manutenção e recuperação da saúde, incluindo os recursos básicos e especializados. A APS não é um nível de assistência que tem atividades exclusivas de prevenir e monitorar as doenças/agravos, mas que deve atender as demandas recorrentes do território (STARFIELD, 2002).

A APS brasileira está prescrita na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual considera a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário deste nível de atenção. A ESF segue os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e participação social, assim como prevê a compreensão do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde a ESF (construída a partir do Programa de Saúde da Família em 1994), é o pilar do sistema público de saúde no Brasil, a qual fornece uma ampla oferta de serviços de saúde de qualidade para as famílias (OMS, 2008).

A pesquisa desenvolvida por Trindade e Pires (2013) demonstra que os problemas que contribuem para o aumento das cargas de trabalho dos profissionais que atuam neste nível de atenção têm evidente relação com a gestão, dentre eles destaca-se: a forte influência político-partidária; a insuficiência e má administração de recursos financeiros e materiais, o déficit quantitativo e na qualificação dos profissionais para atuar na APS, assim como na educação continuada e falta de incentivos para a qualificação profissional; necessidade de melhoria dos serviços de referência e contrarreferência.

A percepção dos trabalhadores e gestores sobre o seu processo de trabalho influencia as formas de organizar o trabalho em saúde (SOUSA et al., 2010). Neste sentido, o gestor de UBS deve ser um profissional qualificado com perfil de liderança, capaz de articular as relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, metas e meio ambiente, incluindo os usuários dos serviços, a fim de manejar os recursos disponíveis de forma mais adequada e, além disso, buscar estratégias resolutivas a serem aplicadas de acordo com as necessidades do território de abrangência (JUNQUEIRA, 1990; ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

Durante as atividades de gestão das Unidades Básicas de Saúde, além dos desafios típicos do trabalho do gestor como o excesso de

demandas, compreende-se que a problemática do que está proposto para o trabalho na ESF, incluindo a necessidade de reestruturação dos atendimentos e a exigência de qualidade a ser verificada por meio de indicadores, pode potencializar as cargas de trabalho do gestor, assim como provocar agravos à saúde deste trabalhador.

De acordo com Laurell e Noriega (1989), as cargas de trabalho são compreendidas como elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, caracterizam-se em dois grupos: (1) as físicas, químicas, biológicas e mecânicas; e em outro (2), as fisiológicas e psíquicas (estas podem se diferenciar em sobrecarga psíquica, como a tensão prolongada, e em subcarga psíquica, como nos casos de impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica).

A distinção entre os dois grupos está na maneira como a materialidade se expressa: no grupo (1) estão fatores externos ao corpo, mas que ao interagir com este interferem nas possibilidades de realizar um trabalho mais ou menos satisfatório e com menor ou maior desgaste; no grupo (2) estão as cargas que atuam diretamente no corpo (físico e mental) do trabalhador. As cargas de trabalho tem sua relação com a base técnica, a organização e divisão do trabalho. Contudo, para tentar prever quais são as principais cargas e os traços gerais do padrão de desgaste é importante saber que processo de trabalho está presente (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Trabalho é a ação de transformar um objeto, de forma coletiva ou individual, em um produto determinado que pode ser mediado por vários tipos de instrumentos, com o objetivo de produzir algo que tenha valor para o ser humano (MARX, 2008). O processo de trabalho é composto por três elementos: a atividade adequada a um fim; o objeto de trabalho/a matéria a que se aplica o trabalho; e os meios/instrumental de trabalho (MARX, 2008). No que diz respeito ao setor saúde, segundo Pires (1999), o trabalho em saúde é uma atividade essencial para vida humana, é um trabalho da esfera da produção não material, sendo consumido no ato de sua realização. Pode assumir diversas formas como: uma consulta, um exame, uma aplicação de medicação, a coordenação de uma unidade assistencial, uma atividade de educação em saúde. Majoritariamente é realizado na forma de trabalho coletivo, o que demanda especial destaque às atividades de gestão.

Neste sentido, este estudo teve como objetivos identificar as cargas de trabalho presentes no cotidiano de gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e caracterizar o processo de trabalho destes gestores.

MÉTODOS

O presente estudo teve como base a abordagem qualitativa, sustentado pela teoria sociológica sobre processo de trabalho de Marx (2008) e processo de trabalho em saúde de Pires (1999) e a teoria sobre cargas de trabalho de Laurell e Noriega (1989). A pesquisa foi realizada em diferentes Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, localizada no sudeste do Brasil.

A amostra foi composta intencionalmente considerando como critérios de inclusão: os gestores de UBS que atuavam somente com o modelo da Saúde da Família (Modelo A); gestores de UBS de Áreas Programáticas que tipificassem o município, destas foram incluídos de duas Áreas Programáticas de diferentes regiões do município, abarcando os que possuíam pouco tempo de experiência como gestor na ESF (6 meses a 2 anos) e também os mais experientes na gestão (2 anos ou mais); gestores de UBS que tenham aderido à Estratégia Saúde da Família há mais de 1 ano; UBS com até 2 equipes de saúde da família (pequeno porte) e as UBS com 3 ou mais equipes de saúde da família. Diante dos critérios de inclusão, participaram da amostra 11 gestores de 10 Unidades Básicas de Saúde (sendo que 2 participantes realizam a gestão da mesma UBS devido ao grande número de equipes), este número foi considerado suficiente pelo critério de saturação de dados.

Para a coleta de dados utilizou-se de triangulação de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, observação dos locais e gestores participantes e documentos públicos da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014). O período para o levantamento dos dados durou entre julho a outubro de 2014. Toda a coleta de dados teve como base um roteiro que buscou verificar como acontecia o processo de trabalho da UBS e do gestor e os elementos presentes no processo de trabalho que pudessem interferir nas cargas de trabalho dos mesmos.

Para o tratamento dos dados foram utilizados os recursos do software *Atlas.ti 7.0 (Qualitative Data Analysis)*. Todos os dados foram inseridos no software como *documents* (documentos), sendo o processo de análise dos dados orientado pela análise temática de conteúdo descrita por Bardin (2011).

Bardin (2011) considera que o tratamento do material na análise de conteúdo se dá pela codificação, ou seja, transformar os dados brutos, por meio do recorte, agregação e enumeração, a fim de alcançar uma

representação do conteúdo ou da sua expressão. Na linguagem do *Atlas.ti 7.0* trata-se da seleção das *quotations* (unidades de significado) e atribuição de *codes*. A categorização é o processo que no *Atlas.ti* inicia com a codificação, podendo associar *codes* significantes em *families* (famílias), categorias analíticas. As falas dos sujeitos foram identificadas pela denominação G (gestor) e o seu número de ordem sequencial. As observações foram classificadas como “Obs” seguidas de acordo com o número do gestor observado.

Todos os aspectos éticos foram considerados durante o processo da pesquisa seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Antes de sua aplicação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 638.904.

RESULTADOS

Os dados obtidos dos 11 gestores das 10 Unidades Básicas de Saúde resultaram em quatro famílias (categorias): perfil das UBS (Quadro 3); perfil dos gestores das UBS (Quadro 4); o trabalho dos gestores de Unidades Básicas de Saúde; cargas de trabalho de gestores de Unidades Básicas de Saúde, sendo que esta foi categorizada de acordo com o referencial teórico de Laurell e Noriega (1989) em cargas: psíquicas, físicas, fisiológicas, biológicas, mecânicas e químicas a fim de demonstrar sua representatividade nas falas.

Quadro 3. Perfil das Unidades Básicas de Saúde.

Modelo	Todas atuando exclusivamente com ESF (modelo A)
Período de inauguração	A maioria (7) entre 2010 e 2011
Administração	Organização Social (mecanismo para aceleração da expansão da ESF. Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, enfatiza que na saúde as OS podem entrar nos equipamentos destinados à ESF e que deve seguir os princípios do Sistema Único de Saúde)
Equipes de ESF	2 a 12, sendo a metade (5) composta por 6 equipes de ESF
Equipes de Saúde Bucal	Zero a 6, sendo a metade (5) com 2 equipes de Saúde Bucal

Vínculo com o Programa Saúde na Escola (PSE)	A maioria (9) tem suas equipes vinculadas ao PSE
Horário de funcionamento	45h (1) até 64h (4) semanais. Nenhuma fecha para almoço. Todas oferecem atendimento às demandas não agendadas
Academia Carioca (AC)	Metade das UBS (5) tem AC (equipamentos e orientação profissional para realização de atividades físicas)
Prontuário Eletrônico e Farmácia	Todas possuem
Raio-x e ultrassonografia	A maioria (7) possui
Total de população	5.124 a 39.682 pessoas cadastradas
Tipo de construção	2 Centros Municipais de Saúde em alvenaria; 8 Clínicas da Família, destas 5 em aço pré-moldado e 3 em alvenaria

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro (2014); Brasil (2014).

Quadro 4. Perfil dos Gestores das Unidades Básicas de Saúde.

Gênero	9 feminino; 2 masculino
Faixa etária	10 com a faixa etária de 25 a 34 anos e 1 com 41 anos
Formação	A maioria (8) graduada em enfermagem, os demais variaram entre farmácia (1), nutrição (1) e psicologia (1)
Nível de pós-graduação	Todos possuíam especialização, sendo que 1 não se relacionava ao trabalho de gestão e apenas 1 gestor possuía mestrado como titulação máxima
Preparo pela Secretaria Municipal de Saúde para assumir (antes ou durante) a gestão da UBS	Todos relataram não ter recebido
Contrato de trabalho	Todos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
Carga horária contratual	40 horas semanais
Outro emprego	3 possuíam outro emprego com contrato entre 8 a 36 horas

Experiência em gestão	Maioria (9) era experiente em gestão há mais de 2 anos. Mais da metade (6) atuava há mais de 2 anos na mesma UBS e outros (5) atuavam entre 6 meses a 2 anos
------------------------------	--

Fonte: Dados da pesquisa.

O trabalho dos gestores de Unidades Básicas de Saúde

Na percepção dos gestores de UBS o seu trabalho está muito relacionado com o “ser” / “estar”. Este “ser” / “estar” no sentido de perceber-se como liderança com responsabilidade pela coordenação do trabalho coletivo, como apoio institucional, incluindo a participação em reuniões e o estímulo ao trabalho dos funcionários.

[...] eu sempre penso que o trabalho do gerente é a liderança. Eu penso no gerente como um líder, eu não penso no gerente como um chefe [...]. Ser gerente é isso, é saber liderar os seus profissionais, é saber organizar de uma forma que eles sintam que tem uma pessoa que eles possam confiar e que tem um respeito, uma ética perante o seu trabalho (G11).

Eu acho que o trabalho do gerente, ele... é ser o ‘link’ entre a equipe e a Secretaria (Municipal) de Saúde, e é o de ser um líder no processo de trabalho; estimular a equipe para o foco que é o objetivo do nosso trabalho. Eu preciso que o gerente de uma unidade seja um líder e que saiba estimular os seus profissionais a atingirem os objetivos (G8).

Eu acho que o trabalho de gerente de unidade é um apoio institucional, que está ali dentro da unidade, o tempo todo, [...] eu acho que quando pensaram em um cargo de gerente, pensaram para isso, desse apoio institucional, apoio de processo mesmo, lá dentro (G1).

A gente tem que participar da reunião de equipe, a gente tem a nossa reunião geral, a gente tem a reunião técnica, a gente tem reunião de enfermagem uma vez por semana, a gente tem reunião com residentes toda segunda-feira [...] a gente tem reunião de gerentes na CAP (Coordenação de Área Programática) (G10).

Outra percepção relaciona-se com o “realizar/fazer” a UBS funcionar incluindo o provimento das condições físicas, a organização

dos fluxos de atendimento e, também a participação na prestação de serviços à população. O atendimento direto aos usuários da UBS esteve presente enquanto parte do trabalho dos gestores, provavelmente porque o gestor de UBS é um profissional de saúde, geralmente enfermeiro, devido à sua formação, fato que também pôde ser percebido durante o período de observação.

O galho vai cair, tem que dar um jeito. Faltou luz essa semana, faltou luz, tem que dar um jeito. Tudo é você que, as pessoas esperam que você resolva tudo, então é bem complicado (G4).

E aí na hora que você sai ali fora você tem que olhar que a menina da vacina está lá ajudando a outra no procedimento. Mas e a vacina? Tem uma fila esperando na vacina. Aí você tem que ir lá e intervir. Falar: “Não, gente. Deixa essa pessoa aqui e vai lá fazer a vacina. O curativo. Esse curativo não é curativo fixo? Por que você não agendou esse curativo para a parte de tarde?” Você tem que ter esse olhar mesmo porque você vai demandar isso o tempo todo (G7).

Às vezes está um tumulto e eu tenho que entrar na assistência. [...] Eu não aguento ver as pessoas às vezes esperando, a gente tem uma equipe pequena [...] Aí eu fico aqui numa sala de espera lotada, às vezes a pessoa tem que esperar duas horas para verificar uma pressão. E aí às vezes eu passo e eles falam, me chama para falar e aí eu tento ver como é que está a agenda (G9).

Ocorreu uma urgência na UBS (gestante com dores e relato de pequeno sangramento). A gestora da UBS, que é enfermeira, ficou com contato mais direto, acompanhando a assistência prestada pela equipe (ObsG5).

O trabalho de gestor de UBS envolve o atendimento de diferentes demandas vindas dos usuários, dos profissionais e de setores da gestão municipal. Durante o acompanhamento do trabalho do G7, observou-se que o seu processo de trabalho está muito relacionado às demandas externas, como checar e responder mensagens recebidas por e-mail, e também ao atendimento de demandas internas.

Dentre as demandas internas, destaca-se: o diálogo com usuários para resolver diferentes problemas, como as solicitações dos exames e consultas pelo Sistema de Regulação (SISREG) e acompanhamento de programas sociais (por exemplo, o Bolsa Família e o cartão carioca, que

é um programa da cidade do Rio de Janeiro que complementa a renda do Bolsa Família); diálogo com os funcionários, como participação de reunião de equipe para tratar de algum assunto; resolver alguma demanda do SISREG com o médico responsável técnico para saber o porquê da demora.

Além do diálogo com usuários e funcionários, as demandas internas exigem o seu conhecimento sobre os fluxos de atendimentos externos, por exemplo, apareceu um caso de violência sexual infantil e o gestor é quem teve que responder qual o fluxo de atendimento para um serviço especializado. Estas atividades realizadas pelos gestores foram percebidas durante a observação do trabalho de um dos gestores e, também foram constatadas nas falas de outros participantes:

Acontece de ter muitos casos de paciente que chega muito alterado, então isso afeta o profissional. Então eu procuro conversar, ver como a pessoa está, como é que viu, que passou por aquela situação de estresse com o usuário (G1).

Às vezes isso é demandado pelas próprias equipes, algum fluxo que eles não estão conseguindo acessar. Por exemplo, uma paciente que precisa ser direcionada para fazer o acompanhamento da gestação numa unidade especializada em obstetrícia, foi encaminhada e voltou sem uma avaliação. Ou seja, eles já tentaram as possibilidades deles, mas não tiveram sucesso. Ai eu tento intervir para ajudar junto à CAP (Coordenação de Área Programática), ver como a gente pode direcionar isso (G8).

Você fica respondendo algumas demandas tanto internas quanto as que vêm via OS (Organização Social), via CAP (Coordenação de Área Programática) também. Então assim, agora está numa semana tranquila, as únicas pendências que eu tenho é a produção e validação de mapas, que eu me planejei para fazer esta semana (G2).

Outra atividade desenvolvida pelos gestores de UBS está relacionada ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações tanto do seu próprio trabalho quanto das equipes. Percebe-se que o planejamento direciona a organização do seu trabalho, enquanto o monitoramento e a avaliação são formas de rever o planejamento em busca do alcance das metas.

Eu procuro colocar dentro da semana coisas que eu acho que eu

preciso dar conta. Óbvio que às vezes alguma coisa vai ficar fora porque outras coisas apareceram no meio disso, não é?(G1).

Eu tenho uma agenda que eu me planejo assim, a semana inteira, o quê que vou fazer na segunda, o quê que eu vou fazer na terça, nem sempre eu consigo cumprir, na verdade assim, o que a gente tem prioridade para cumprir são as reuniões e os prazos (G3).

E eu sou meio que a rainha das planilhas, eu gosto de planilhar tudo para monitorar e olhar essa questão [...] Acho que inicialmente, agora, a gente está começando com essa questão de avaliação e monitoramento. [...] Porque às vezes o prontuário eletrônico, ele não dá esse processo para a gente. Então a gente tem que, meio que utilizar alguns instrumentos como o Excel, umas planilhas até no Google Drive [...], para a gente estar monitorando, vendo o que a gente precisa ir melhorando (G6).

A gente acompanha o prontuário eletrônico, a gente visualiza sempre o prontuário eletrônico, a gente tenta trabalhar em cima das variáveis, a gente gosta de alcançar as variáveis, de alcançar os indicadores, a gente sente orgulho nisso. A gente sente que o processo de trabalho, ele não é fácil, mas ele acaba te estimulando a atingir essas variáveis (G10).

Cargas de trabalho de gestores de Unidades Básicas de Saúde

Quando questionados sobre quais cargas de trabalho estão presentes no seu trabalho, as falas de todos os gestores de UBS deram maior significado às cargas psíquicas, de acordo com o representado na Tabela 2. Muitos dos gestores de UBS relacionaram as cargas psíquicas às demandas urgentes, com prazos curtos, que além de atrapalhar o planejamento exigem atividades além do seu horário. Um gestor relacionou a sobrecarga psíquica no sentido do excesso de demandas, mas que a falta de demanda lhe causa subcarga psíquica (no sentido de que não há estímulo para o desenvolvimento do seu potencial).

Outras falas relacionaram as cargas psíquicas às cobranças/exigências feitas por usuários, funcionários da UBS e por gestores municipais e as cobranças por insatisfação dos mesmos. Ainda foram citados como fontes de aumento das cargas de trabalho, o seu próprio perfil emocional e o perfil do território de atendimento da UBS, permeado pela violência e desestrutura familiar.

Tabela 2 - Cargas de Trabalho dos Gestores de UBS

Cargas de Trabalho	Total de citações	%
Psíquicas	25	42,37%
Físicas	11	18,64%
Fisiológicas	9	15,25%
Biológicas	7	11,86%
Mecânicas	4	6,77%
Químicas	3	5,08%
Total	59	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

É a psíquica. É o psíquico porque assim, eu saio daqui à noite pensando na demanda que eu tenho que responder amanhã. E aí quando eu saio daqui à noite teoricamente eu tenho que desligar, mas eu atendo o telefone, se me ligarem para o institucional a hora que for eu atendo, porque eu também já escutei a fala: “Vocês tem, recebem o cargo de confiança por isso que recebe uma gratificação a mais, vocês tem que estar disponíveis a hora que for” (G5).

Mas eu acho que é a que mais pesa, eu acho que, é a psíquica, assim. Porque tem muitas tensões, assim, sabe, de prazos, ou então de coisas que a gente planeja e não dá certo. E aí então tem alguma interferência externa, fala “não, hoje vai todo mundo para um curso.” Então tudo aquilo que você planejou, que estava no seu ritmo, você tem que parar tudo, sabe? Ah, isso que eu acho, assim, isso é o que mais me estressa (G6).

Principalmente o psíquico. E aí, quando você explica da subcarga e da sobrecarga, eu acho que eu percebi que já tive dos dois momentos – tanto no momento da sobrecarga, em que, por exemplo: novembro do ano passado eu estava com uma sobrecarga psíquica muito pesada. Estava me sentindo muito cansado, via que o meu trabalho não estava rendendo, eu estava irritadiço, estava sem conseguir me concentrar e tal. [...] Em contrapartida, eu também já vivi momentos em que eu não conseguia atingir o meu potencial, talvez por uma falta de estímulo, por uma questão de subcarga no sentido de que, assim: naquele momento, naquela semana não surgiu uma demanda de trabalho que me instigasse a fazer, de uma forma diferente ou me concentrar de uma forma diferente. [...] E aí eu, hoje, identifico como se tivesse sido uma subcarga, não sei se uma falta de estímulo externo

para eu organizar o meu trabalho, mas é muito claro para mim que a carga psíquica é a que mais afeta o meu trabalho (G8).

Psíquica eu acho que é a que tem maior peso. A psíquica, a gente está ligada o tempo todo. Meu celular tem o e-mail da unidade e o meu logado, o tempo todo, chegou um e-mail, apita. E é a questão estar respondendo pela unidade 24 horas, se tem algum problema à noite, é o vigilante que te (me) liga. Eu acho que o que leva ainda a aumentar essa carga psíquica são as exigências de urgente, porque às vezes chega e-mail urgente, o telefone que a pessoa dizendo que é urgente. [...] Então, eu acho que as coisas, as solicitações com urgência, é um fator que aqui eu acho que classificaria como psíquico (G9).

As psíquicas, para mim, é o que mais afeta, é a carga de trabalho que mais me afeta porque a gente tem uma cobrança [...] a gente sempre quer o melhor para a unidade e essa carga psíquica, ela acaba sendo pesada. [...] São as que mais me afetam. São as que mais estão presentes. Mais do que físicas, mais do que química (G10).

Apesar das cargas psíquicas estarem mais presentes, as demais cargas também foram retratadas no trabalho do gestor de UBS, dentre elas, as cargas físicas tiveram impacto no trabalho dos gestores, como o ruído e o calor, que corroboraram com as observações realizadas, em que algumas estavam relacionadas à estrutura modular (aço pré-moldado) presentes nas Clínicas da Família ou pelo espaço mal estruturado dos Centros Municipais de Saúde. Durante a entrevista de uma gestora, pode ser percebida a presença do ruído e do calor, pois o barulho feito pelo aparelho de ar condicionado era tão intenso que teve que ser desligado, porém pouco tempo depois a sala ficou tão quente que teve que ser ligado novamente. A sala não tinha abertura de janela e, apesar de ser inverno, o sol aquecia a estrutura de aço pré-moldado da UBS.

Verão assim, por causa da estrutura da unidade fica muito quente para todo mundo, nesse último verão que a gente passou no Rio (de Janeiro), que fez muito calor, fez mais de 20 dias consecutivos calorão direto. Praticamente todos os aparelhos de ar condicionado da unidade pararam. Tinha uma hora assim, 10 (horas) e meia da manhã todos paravam porque o compressor aquecia demais e todos os aparelhos desarmavam e a gente ficava daquele período até 6 horas da tarde sem ar condicionado na unidade [...] o que também afeta o dia

[...] parece que tu trabalhou uma semana inteira num dia só (G1).

Eu acho que cargas de trabalho na verdade externas né, que no caso são as físicas. A unidade, esse modo de Clínica da Família nesse padrão de estrutura pré-moldada ela não é muito boa para gente, porque a própria estrutura acaba sofrendo algumas alterações ao longo do tempo que prejudica o processo de trabalho. Ficarmos aqui embaixo sem ar condicionado é inviável. [...] até que hoje não é um dia calorento, eu estou com um casaco, se fosse outro dia eu tiro o casaco, eu abro a porta porque é impossível ficar, é muito calor (G5).

As demais cargas (fisiológicas, biológicas, químicas e mecânicas) foram citadas como a inalação de fumaça e pó devido à localização da UBS; o trabalho repetitivo e posição não ergonômica pelo frequente uso do computador; o atendimento direto ao usuário como realizar coleta de sangue e a necessidade do uso frequente de escadas foram exemplificados nas falas.

Outro tipo de carga é a carga química que eu considero, porque a gente inala muita fumaça de maconha, aqui tem uma boca de fumo aqui do lado. Hoje de manhã, não sei se você percebeu, eu falei "Está um cheiro de maconha", eu estava sentindo, isso me faz mal é um cheiro muito forte, me dá dor de cabeça, outros profissionais tem isso também, mas assim, como eu fico aqui do lado a copa é bem aqui quase em frente a minha sala, tem que fechar a porta da copa e a janela, porque o cheiro vem muito aqui, porque a boca de fumo é aqui do lado, então é uma outra carga que eu também percebo (G3).

Eu acho que fungos e bactérias até tem porque a gente está lidando com pessoas doentes e a gente vai acompanhar alguns atendimentos (G4).

Às vezes de dor na posição assim, tensão muscular, e de ficar (muito tempo em pé) [...]. Eu entro às 8 (horas), às vezes almoço em menos tempo, não almoço [...] não tenho 1 hora de almoço e fico o tempo inteiro, é computador, é prontuário. Isso dá o cansaço de ficar ali, da posição das mãos. [...] Então, o tempo prolongado no computador também é um fator (G9).

As mecânicas [...] eu identifico muito. Para a gente subir e descer escadas, o ir e vir para a unidade [...], bota ruído, bota calor,

bota fumaça, bota exposições, a força também. E é fisiológica também, o ir e vir, que é o esforço físico de você subir, descer a comunidade, porque a gente anda bastante aqui (G10).

DISCUSSÃO

Neste estudo, o profissional enfermeiro é o que mais ocupa o cargo de gestor de Unidade Básica de Saúde, e o gênero feminino também foi mais representativo, aproximando-se do encontrado na literatura (CARVALHO et al., 2013; CUNHA et al., 2011; ALVES et al., 2004). Dentre estes estudos, o que foi realizado por Cunha et. al (2011) sobre liderança transformacional em Unidades Básicas de Saúde, demonstrou que dos 253 participantes, 79,05% era do gênero feminino e que 81,6% tinha a sua formação em enfermagem.

O contrato de enfermeiras como gestoras de UBS se justifica pelo perfil gerencial desses profissionais. Desde a estruturação da enfermagem como profissão, a dimensão gerencial é parte do seu trabalho, esta dimensão está incorporada na formação profissional e consta dos dispositivos legais sobre o mínimo requerido para a titulação (PIRES, 2009; CNE, 2001; BRASIL, 1986). No exercício do trabalho gerencial o objeto de trabalho é a equipe sob sua coordenação, e, também, a organização do trabalho e do ambiente onde o mesmo se realiza (PIRES, 2008; LEOPARDI et al., 2001).

Apesar do perfil gerencial do enfermeiro ser construído durante a graduação, é necessário capacitação para o uso de ferramentas de gestão, assim como para a utilização das mesmas no âmbito da APS. Os dados da pesquisa demonstraram que são necessários investimentos na educação permanente de gestores. Deste modo, o processo de formação deve ser iniciado desde a graduação, continuando em cursos de pós-graduação e no cotidiano da prática gerencial, de forma a acompanhar as mudanças das organizações de saúde e sociais (WEIRICH et al., 2009; ALVES et al., 2004).

Quanto à utilidade do seu trabalho, os participantes o representaram como uma atividade essencial para a organização e funcionamento da unidade. Relacionam que para esta função é necessário ter capacidade de liderança e atuar de modo a articular o cotidiano da UBS às demandas da Secretaria Municipal de Saúde. Para o desenvolvimento do trabalho utilizam o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, mas o seu trabalho vai além disso, há um processo cotidiano que exige capacidade de lidar com imprevistos e constantes demandas não planejadas.

O trabalho do gestor é desafiador, pois necessita desempenhar atividades internas e externas a UBS, ao mesmo tempo em que possui uma rotina fragmentada, variada, intensa e marcada pela necessidade de resolução de problemas. Estas características do trabalho lhes deixa pouco espaço para planejar as intervenções requeridas para o atendimento das necessidades de saúde e para articular as ações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais que lhes compete (LOCH; CUNHA, 2012; PENNA et al., 2004; CARVALHO et al., 2013).

A influência que o excesso de demanda existente na APS exerce sobre as cargas de trabalho parece estar presente para todos os trabalhadores que atuam nesse meio, desde os gestores de UBS, como constatado no presente estudo, até para os profissionais que atuam nas equipes da ESF e no modelo tradicional de atendimento (TRINDADE; PIRES, 2013). Todavia, a presença de excesso de demanda e imprevistos como dificultadores para a realização de planejamento e estabelecimento de prioridades não parece ser exclusivo da realidade da APS (SILVA; MENDES, 2012).

O excesso de demanda pode estar relacionado a déficits no dimensionamento do número de equipes pela quantidade da população adscrita, mas pode, também, estar relacionado à incipiência da proposta devido o curto tempo de implantação dos locais em estudo (a maioria possui menos de 4 anos de existência).

Diante da perspectiva sobre tecnologias, a ESF pode ser considerada como uma inovação tecnológica, e como mencionado por Pires et al. (2012) o início do trabalho com a inovação gera aumento das cargas de trabalho, o que pode contribuir para explicar o encontrado nesta pesquisa. A introdução da nova forma de organização do trabalho prevista pela ESF, em contextos populacionais de muitas e diversificadas necessidades e expectativas, associa elementos que podem influenciar na demanda pelos serviços e nas cargas de trabalho dos gestores.

Brant e Dias (2004), ao pesquisar sobre o trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação, constataram que as exigências de mudanças organizacionais feitas ao gestor confrontam-se com as condições concretas para sua viabilização, causando-lhes ansiedade, tensão e preocupação. Os autores associam, ainda, o sofrimento ao perfil feminino das gestoras por terem que adaptar o seu cargo às responsabilidades domésticas e familiares.

O estudo de Mininel et al. (2013) sobre as cargas de trabalho, desgaste e absenteísmo por doença em profissionais da enfermagem de

um Hospital Universitário da região centro-oeste do Brasil, constataram que as cargas mais presentes foram as fisiológicas (60), as psíquicas (58), biológicas (23), mecânicas (12), físicas (4) e por último as químicas (3). Apesar de ter sido realizado em local diferente desta pesquisa e que as cargas psíquicas tenham ficado em segundo lugar na classificação, estas tiveram expressivo significado, o que vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, talvez explicados pela proximidade do perfil profissional da maioria dos participantes.

O conhecimento dos gestores sobre o seu trabalho pôde extrair os elementos presentes a partir da sua ótica, tal como proposto pela teoria de Laurell e Noriega (1989). Nesta concepção, a constante exigência pela tomada de decisão executada pelos gestores de UBS foi relacionada às cargas psíquicas, ou seja, estas cargas estão intrinsecamente relacionadas às atividades realizadas por estes trabalhadores.

Laurell e Noriega (1989) conceituam que nas cargas psíquicas, o trabalhador pode ter sobrecarga psíquica, exemplificada por uma tensão prolongada, ou a existência de subcarga psíquica, causada pela impossibilidade de desenvolver e fazer uso da sua capacidade psíquica. A presença da sobrecarga e subcarga psíquica também foram encontradas nas falas dos participantes.

Num processo de pesquisa, a conformação do processo de trabalho permite compreender os elementos presentes, primeiro permitir-se a decompô-los em tipos específicos para, num segundo momento, reconstruí-los (LAURELL; NORIEGA, 1989). Nesta concepção de decompor e reconstruir as cargas encontradas, não há como enxergá-las isoladamente no âmbito do potencial de desgaste. As cargas psíquicas, como mencionadas por todos, e em sua maioria como as mais perceptíveis, estão relacionadas ao trabalho mental exigido pelo cargo, mas podem exprimir a soma de outras cargas, como as fisiológicas, químicas, mecânicas, físicas e biológicas.

A presença da relação destas cargas presume que os formuladores de políticas precisam oferecer aos gestores instrumentos que favoreçam não só o fortalecimento da APS, mas também ferramentas e incentivos capazes de motivar a sua autonomia e capacidade de liderança (LAPÃO; DUSSALT, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou identificar as cargas de trabalho presentes no cotidiano dos gestores de Unidades Básicas de Saúde, demonstrando a relevância das cargas psíquicas no seu fazer/realizar/agir.

Apesar da evidente presença das cargas psíquicas estas não excluem o olhar para a presença das demais cargas. O ruído, o calor, o pó, a fumaça, o esforço repetitivo, a estrutura física das unidades, os componentes biológicos, dentre outros exemplos encontrados no cotidiano, refletem as condições de trabalho e a potencialidade de dano à saúde do trabalhador. Desta forma, é preciso considerar as cargas presentes no dia a dia do gestor de UBS implementando formas de reduzi-las e amenizá-las.

Os resultados obtidos precisam ser considerados em relação ao desenho e contexto do local em que a pesquisa foi realizada. Ou seja, a realização da pesquisa em apenas uma cidade do país, e na qual a ESF está em processo de construção e expansão, pode explicar os resultados encontrados sem, no entanto, caracterizar-se como uma exceção, como mostra a literatura sobre a gestão em saúde.

O estudo indica, ainda, a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre os elementos presentes no processo de trabalho que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho. Além disso, é preciso realizar estudos que demonstrem a relação entre cargas de trabalho, desgaste e adoecimento de gestores de Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-6, jul./ago. 2004.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. Esp, p. 835-40, 2007.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BRANT, Luiz Carlos; Dias, Elizabeth Costa. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 942-949, jul./ago. 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110 p.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas. **Estabelecimentos**. Por CNES-Nomes-CPF-CNPJ. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Publicada no DOU de 26.06.86, Seção I – fls. 9.273 a 9.275. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 24 out. 2014.

CARVALHO, Brígida Gimenez Carvalho et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz**. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida et al. Liderança Transformacional em Unidades Básicas de Saúde. In: CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida. **Gestão e liderança em unidades básicas de saúde**. Florianópolis: Pandion, 2011. 176p.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, jul./set. 1990.

LAPÃO, Luís Velez; DUSSAULT, Gilles. Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em

Portugal. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, 2012.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 331p.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LOCH, Selma; CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida. Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. 1354p.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Livro 1. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 966p.

MININEL, Vivian et al. Cargas de trabalho, processo de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-7, nov./dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe sobre la salud en el mundo 2008 - Ejemplos de países**. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/media_centre/brazil_es.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos et al. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME – Rev. Min. Enf**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2004.

PIRES, Denise Elvira Pires de. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n. 5, p.739-44, set./out., 2009.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-68, mar. 2012.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Relação de Unidades**. Disponível em: <www.subpav.org>. Acesso em: 06 ago. 2014.

SOUZA, S. S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.12, n. 3, p. 449-455, 2010.

SILVA, Maria Cecília dos S. Queiroz da; MENDES, Ana Magnólia. A Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TRINDADE, Leticia Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013.

WEIRICH, Fátima Weirich et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr./jun. 2009.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-95, nov./dez. 2007.

4.2 ARTIGO 2 – FATORES QUE CONTRIBUEM PARA AUMENTO E REDUÇÃO DAS CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FACTORS THAT CONTRIBUTE TO THE INCREASE AND DECREASE OF MANAGERS' WORKLOADS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

FACTORES QUE CONTRIBUYEN PARA EL AUMENTO Y LA DISMINUCIÓN DE CARGAS DE TRABAJO DE GERENTES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Resumo: Estudo realizado com objetivo de identificar os fatores que contribuem para o aumento e redução das cargas de trabalho de gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam com a Estratégia Saúde da Família. **Método:** Abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva sustentada pela teoria sociológica sobre processo de trabalho e cargas de trabalho. Para a coleta de dados utilizou-se, estudo documental, observação e entrevista semiestruturada com 11 gestores da Estratégia Saúde da Família de 10 Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. A análise dos dados foi orientada pela análise temática de conteúdo com o auxílio do software *Atlas.ti 7.0*. **Resultados e Discussão:** Dentre as cargas de trabalho houve predomínio das cargas psíquicas. A estrutura física e os recursos materiais, financeiros e humanos foram os fatores que mais influenciaram as cargas de trabalho, contribuindo para aumentá-las quando precários e para reduzi-las quando adequados. Outros fatores como identidade com o modelo e relações de trabalho também foram significativos. **Conclusão:** Os resultados mostraram que fatores estruturais são altamente significativos para o aumento e redução das cargas de trabalho dos gestores, em especial as psíquicas.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestor de Saúde; Carga de Trabalho.

Abstract: A study aiming to identify factors, which contribute to the increase and decrease of managers' workloads of Basic Health Units (BHU) working in the Family Health Strategy. **Methods:** A descriptive-exploratory qualitative approach supported by the working process and workload sociological theory. The data collection comprised documentary study, observation and semi-structured interviews with 11

managers of the Family Health Strategy of 10 BHU of the city of Rio de Janeiro. The data analysis was guided by thematic content analysis helped by the Atlas.ti 7.0 software. **Results and Discussion:** Psychological burden has predominated amongst the most common workloads faced by managers. The physical structure, as well as material, financial and human resources were the factors that most influenced managers' workload, contributing to increase it when precarious, and to reduce it when appropriate. Other factors such as identification with FHS model and good working relationships were also significant. **Conclusion:** The results showed that structural factors are highly significant for the increase and decrease of managers' workload, especially in regard to the psychological dimension.

Keywords: Occupational Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Manager; Workload.

Resumen: Un estudio con el objetivo de identificar los factores que contribuyen al aumento y la reducción de cargas trabajo de los gerentes de Unidades Básicas de Salud (UBS) que trabajan con la Estrategia de Salud Familiar. **Método:** Un enfoque cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo con el apoyo de la teoría sociológica sobre el proceso de trabajo y las cargas de trabajo. Para recoger ellos mismos los datos, estudio documental, observación y entrevistas semi-estructuradas con 11 directivos de la Estrategia de Salud Familiar de 10 UBS en la ciudad de Rio de Janeiro. El análisis de datos se basó en el análisis de contenido temático, con la ayuda del software Atlas.ti 7.0. **Resultados y Discusión:** Entre las cargas de trabajo eran la carga mental más común. La estructura y el material físico, los recursos financieros y humanos fueron los factores que más han influido en las cargas de trabajo, ayudando a criarlos cuando el precarios y para reducirlos cuando sea apropiado. Otros factores como la identidad con el modelo y las relaciones de trabajo también fueron significativos. **Conclusión:** Los resultados mostraron que los factores estructurales son altamente significativos para el aumento y disminución de cargas de trabajo de los administradores, especialmente las psíquicas.

Palabras clave: Salud Laboral; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Gestor de Salud; Carga de Trabajo.

INTRODUÇÃO

O trabalho, em uma perspectiva teórico-filosófica, é uma ação transformadora realizada com objetivo produzir algo que tenha valor de uso, que seja útil para os seres humanos e sociedade. No processo de trabalho ocorre uma ação sobre um objeto com o uso de instrumentos resultando na produção de algo novo, diferente da situação inicial. Uma ação com intencionalidade, ou seja, o produto é idealizado antes da ação, e pode ser realizado de forma coletiva ou individual (MARX, 2008).

O trabalho em saúde é essencial para vida humana, é um trabalho da esfera da produção não material, sendo consumido no ato de sua realização, pode assumir diversas formas como: uma consulta, um exame, uma aplicação de medicação, a gestão de uma instituição de saúde, uma atividade de educação em saúde. Majoritariamente é realizado na forma de trabalho coletivo, o que demanda especial destaque às atividades de gestão (PIRES, 1999).

A gestão de serviços de saúde consiste em um trabalho com intuito de oportunizar as circunstâncias mais proveitosas para obter o que há de melhor no campo da eficiência, eficácia e efetividade na prestação da assistência de saúde. Ou seja, o gestor deve encontrar a melhor forma de utilizar os recursos presentes para o alcance das metas definidas, e para isso envolve os seus conhecimentos, procedimentos e técnicas (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O trabalho do gestor de Unidades Básicas de Saúde (UBS) está intrinsecamente relacionado ao funcionamento e à oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde. Para Pinheiro e Escosteguy (2009), o principal objetivo dos serviços de saúde é a produção de impacto positivo na condição de saúde da população e que estes, apesar de não consistirem como único determinante do estado de saúde dos indivíduos, tem importante responsabilidade na redução da dor, do sofrimento e da mortalidade.

Apesar da existência de instrumentos que auxiliam o gestor, esse encontra muitos desafios para garantir aos usuários o acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde destacando-se a necessidade de ação combinada de desenvolvimento de tecnologias com o enfrentamento da crise de finanças públicas e do envelhecimento da população (BROUSSELLE, 2011).

O gestor em saúde encontra como barreira a qualidade do desempenho dos serviços de saúde, muitas vezes pautado na fragmentação da atenção à saúde, dificultando o acesso, a

longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a organização da rede de atenção à saúde, ou seja, serviços com baixa resolutividade que necessitam avaliar a sua eficácia, eficiência e qualidade de desempenho (LORENZETTI, 2013). A qualidade dos serviços, no campo mais amplo de gestão em saúde, é o que diferencia uma organização/instituição de outra. Esta qualidade deve estar de acordo com as necessidades, ideias e conceitos dos usuários do serviço (MORAES, 2012).

No Brasil, o processo de trabalho de gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) está direcionado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde. Além disso, esse programa induz a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012).

Conforme orientação do PMAQ, o contexto atual apresenta uma crescente busca pela qualidade do atendimento nas UBS. Neste processo o gestor local se destaca como líder na busca e concretização desta qualidade, afinal este pode ter duplo papel: para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ele representa a UBS que gerencia e, para a UBS ele representa as determinações da SMS. A complexidade deste trabalho interfere nas cargas de trabalho de gestores neste âmbito de organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Deste modo, pressupõe-se que o trabalho de gestor de UBS, aliado aos desafios de consolidar a Estratégia Saúde da Família, é complexo e envolve múltiplos aspectos que interatuam entre si e podem contribuir para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho dos que desenvolvem esta atividade.

As cargas de trabalho são compreendidas como elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, incluem as cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas que o trabalhador está submetido na realização do seu trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989). A origem das cargas de trabalho e do padrão de desgaste, de um determinado grupo, surge no modo como a base técnica, a organização e a divisão do trabalho se articulam, assim, ao analisar as particularidades de cada processo de trabalho pode-se extrair as características gerais das cargas e do desgaste (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Neste sentido, este estudo tem como objetivo identificar os fatores que contribuem para o aumento e redução das cargas de trabalho de gestores de Unidades Básicas de Saúde que atuam com Saúde da Família.

MÉTODOS

A presente pesquisa utilizou-se da abordagem qualitativa, sustentada pela teoria sociológica sobre processo de trabalho de Marx (2008), processo de trabalho em saúde de Pires (1999) e sobre cargas de trabalho de Laurell e Noriega (1989). O estudo foi realizado em diferentes Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro.

Como critérios de inclusão a amostra foi composta intencionalmente em busca dos seguintes dados: gestores de UBS que atuavam exclusivamente com a Estratégia Saúde da Família (Modelo A, segundo a classificação do município estudado); gestores de regiões que tipificassem o município (foram incluídos gestores de duas Áreas Programáticas); gestores com menor tempo de experiência, de 6 meses a 2 anos, e também com experiência maior que 2 anos; gestores de UBS que atuavam com ESF há mais de 1 ano; UBS considerados de pequeno porte (com até 2 equipes de saúde da família) e as UBS com 3 ou mais equipes de saúde da família (eSF).

De acordo com os critérios de inclusão e devido à saturação dos dados, participaram da amostra 11 gestores de 10 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 2 gestores pertenciam a mesma UBS devido ao grande número de eSF.

A coleta de dados foi realizada entre julho a outubro de 2014, tendo como base a triangulação por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação das UBS e dos gestores, além dos documentos públicos da plataforma da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014). Para a coleta de dados (entrevista, observação e análise documental) foram utilizados roteiros que buscavam responder aos objetivos propostos da pesquisa.

O processo de análise dos dados foi orientado pela análise temática de conteúdo descrita por Bardin (2011) e como auxílio no tratamento dos dados foi utilizado o software *Atlas.ti 7.0 (Qualitative Data Analysis)*.

Bardin (2011) considera que o tratamento do material na análise de conteúdo se dá pela codificação, ou seja, transformar os dados brutos, por meio do recorte, agregação e enumeração, a fim de alcançar uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Na linguagem do *Atlas.ti 7.0* realizou-se a seleção das *quotations* (trechos), atribuição de *codes* e organização de *families* (famílias/categorias). As falas dos sujeitos foram identificadas pela denominação G (gestor) e o seu

número de ordem sequencial e as observações foram nomeadas como “Obs” e com o número do gestor observado.

Antes de sua aplicação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº 638.904 e todos os aspectos éticos foram considerados seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os dados obtidos dos 11 gestores das 10 Unidades Básicas de Saúde foram organizados nas seguintes categorias: perfil das UBS e dos gestores das UBS; fatores que contribuem para o aumento das cargas de trabalho de gestores de Unidades Básicas de Saúde e fatores que contribuem para a redução das cargas de trabalho.

Quanto ao perfil das Unidades Básicas de Saúde, seguiram os critérios de inclusão, todas (10) as UBS participantes se enquadram no modelo A (exclusivamente ESF) e são administradas por Organizações Sociais, a maioria (7) foi inaugurada entre 2010 e 2011. O total de equipes variou entre 2 a 12 equipes de ESF, sendo que metade (5) era composta por 6 equipes. Referente ao número de equipes de Saúde Bucal (SB), as UBS variaram de zero a 6, sendo que metade (5) com 2 equipes SB. Quase todas as UBS (9) participam do Programa Saúde na Escola. Quanto ao horário de funcionamento há variação entre 45 horas (1) a 64 horas (4) semanais, sendo que todas não fecham para o almoço e oferecem atendimento à demanda não agendada. Metade das UBS (5) tem academia carioca (denominação utilizada para a disponibilidade de equipamentos e orientação profissional para a realização de atividades físicas), todas tem farmácias próprias e prontuário eletrônico, e a maioria (7) possui raio-x e ultrassonografia. O total de população pertencente à UBS variou entre 5.124 a 39.682 pessoas cadastradas (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014; BRASIL, 2014a).

Durante as observações de cada UBS notou-se que das 10 unidades, apenas duas tinham a nomenclatura de Centro Municipal de Saúde e com a construção de alvenaria, o que demonstra um perfil anterior à mudança política da cidade do Rio de Janeiro, pois já existiam antes da expansão da ESF. As demais receberam o nome de “Clínica da Família”, sendo que destas a maioria (5) possui sua estrutura de aço pré-moldado (chamado de sistema modular) e as outras (3) de alvenaria.

Referente ao perfil dos gestores das Unidades Básicas de Saúde verificou-se que 10 pertenciam a faixa etária de 25 a 34 anos e apenas 1

com 41 anos, e que a maioria (9) pertencia ao gênero feminino. Quanto à formação, a maioria (8) era formado em enfermagem, os demais variaram entre farmácia (1), nutrição (1) e psicologia (1). Quanto ao nível de pós-graduação, todos possuíam especialização, sendo que 1 não se relacionava ao trabalho de gestão e apenas 1 gestor possuía mestrado como titulação máxima. Todos os gestores de UBS participantes da pesquisa tinham seu contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e com carga horária contratual de 40 horas semanais, a maioria (8) trabalhava apenas como gestor de UBS, sendo que poucos (3) acumulavam a sua carga horária a outro emprego com contrato entre 8 a 36 horas semanais. A maior parte (9) era experiente em gestão há mais de 2 anos, sendo que mais da metade (6) atuava há mais de 2 anos na mesma UBS e outros (5) atuavam entre 6 meses a 2 anos.

Fatores que contribuem para o aumento das cargas de trabalho dos gestores

Déficits na estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos foram os fatores que mais tiveram representatividade para o aumento das cargas de trabalho dos gestores de UBS, de acordo com o demonstrado na Tabela 3. Também foram significativos fatores relativos às demandas não programadas em sua agenda, à complexidade da proposta da ESF, à necessidade de avaliação do desempenho dos serviços, além de fatores relativos a relações de trabalho, com os usuários dos serviços e seus familiares e com os gestores municipais (Secretaria Municipal de Saúde/SMS).

Tabela 3 - Fatores que contribuem para o aumento das Cargas de Trabalho

Aumentam as Cargas de Trabalho	Total de citações	%
Déficits na estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos	15	17,6%
Demanda não planejada na agenda do gestor	13	15,3%
A própria proposta da Estratégia Saúde da Família	9	10,6%
Início do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	7	8,2%
Usuário e equipe com vínculo fragilizado	6	7,1%
Relação com gestão municipal (SMS)	5	5,9%
Grande nº de usuários	4	4,7%
Relação do usuário com sua família	4	4,7%

Grande nº de equipes	4	4,7%
Instrumento de apoio	3	3,5%
Mediação de conflitos	3	3,5%
Vínculo do gestor com o usuário	2	2,4%
Momento de eleição política	2	2,4%
Pequeno nº de equipes	2	2,4%
O próprio planejamento	1	1,2%
Violência no território de abrangência da UBS	1	1,2%
Falta de cursos/educação permanente para o gestor de UBS	1	1,2%
Funcionários não participativos	1	1,2%
Momento de licitação da OS	1	1,2%
Próprio trabalho de gestor de UBS	1	1,2%
Total	85	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

No que diz respeito ao déficit de recursos humanos, materiais, de estrutura física e financeiros nas UBS onde as equipes de Saúde da Família (eSF) atuam, encontra-se: estrutura física incompatível com o requerido para atender às diversas demandas da população; falta de instrumentos de apoio que facilitem o trabalho do gestor e que possam permitir mais tempo para a análise dos dados das equipes, poupando o tempo gasto na construção desses instrumentos; dificuldade em obter recursos materiais e financeiros além do previsto para a UBS e necessários para a realização de atividades coletivas; a não reposição de funcionários em casos de licença (como licença maternidade) e a diminuição do número de auxiliares administrativos o que resulta em acréscimo de trabalho. As falas destacadas abaixo descrevem o encontrado nas entrevistas.

Eu acho que é assim mesmo, a estrutura da unidade não favorecer, entendeu? Você não tem uma sala espaçosa, uma sala que você possa receber os profissionais, conversar com eles, não. Se eu precisar conversar com alguém eu tenho que ir lá para a sala de grupo, e aí não tem tranca, o paciente entra e atrapalha.[...]Hoje a gente tem um corte de administrativo [...] O administrativo, é muita tarefa né, a gente tem um excesso de demandas. [...] Eu tenho feito muito trabalho administrativo porque eu não tenho tido um administrativo para me ajudar nisso. (Então isso acaba) aumentando minha carga de trabalho (G3).

Mas eu acho que é pura ausência de instrumentos [...] que eu possa [avaliar] melhor como está o andamento das equipes. [...] Se eu

tivesse relatórios melhor produzidos, com certeza, eu não ficaria muito tempo no computador. Ficaria muito mais junto às equipes. Eu acho que é um tempo que se perde. Sabe? Tempo. E eu acho que aumenta a carga (G6).

Então, os recursos, eu acho que são poucos e às vezes não consideram a necessidade da unidade. Tudo que você quer, além do que já está aqui, é sempre um estresse para conseguir. [...] Então, acho que isso aumenta a carga (G9).

Então, essa parte de recursos humanos [...] na licença maternidade de seis meses, deveria ser reposta por um profissional. Não vai ser reposta. Então eu estou com dois técnicos, então assim, sobrecarrega (G11).

No que diz respeito ao excesso de demanda não planejada, na visão dos gestores da ESF, este excesso contribui para o aumento das cargas de trabalho, em especial das cargas psíquicas. Referem que essas demandas atrapalham a construção e execução do seu planejamento por não estarem previstas, por exemplo, as reuniões marcadas de última hora e novas solicitações para atendimento em curto prazo, como é o caso do plano de ação para vacina, da relação do Cadastro de Pessoa Física e Declaração de Nascidos Vivos, dentre outras. Devido ao excesso de demanda, pressionados pelas solicitações e motivados pelo desejo de demonstrar eficácia, os gestores acabam realizando o seu trabalho além do tempo definido na sua jornada contratual, excedendo as 40 horas semanais. Estas situações provocam frustração por não conseguirem realizar o planejado.

[...] as demandas externas da unidade, que vem de fora, são as que mais contribuem negativamente para minha carga de trabalho, mais aumentam a minha carga de trabalho. Porque, por exemplo, o planejamento e a execução dessas atividades de planejamento para melhoria da unidade diminuem as minhas cargas, mas o fato de eu não conseguir executar o que eu planejei aumenta as cargas e isso aumenta, normalmente, devido a essas sobreposições de demandas externas na unidade (G8).

Tenho o perfil de me cobrar muito, então assim, se eu não consigo fazer as coisas aqui que se é um dia que está com muita demanda, hoje está muito tranquilo. Se é um dia que está com muita demanda, eu não consigo sentar e fazer minhas atividades que eu tenho que fazer, ou entregar dentro do prazo que eu tenho que entregar, eu acabo levando isso para casa, eu acabo levando para o final de semana

(G2).

O trabalhar com/na ESF representa, para alguns gestores, aumento de suas cargas de trabalho, sinalizando características da própria concepção da estratégia, sua abrangência, diversidade, complexidade e dificuldade de entendimento da proposta pelos usuários dos serviços. Muitos correlacionam esse aumento com a expansão acelerada que a ESF recebeu nesses últimos anos na cidade do Rio de Janeiro, o que permitiu acesso de uma população adoecida, mas que ainda não compreende que o modo de trabalho na ESF é diferente da visão hospitalocêntrica e fragmentada por especialidades médicas.

Outro aspecto que contribui para esse aumento é o excesso de demandas, muitas vezes causado pela assistência a uma população que por muito tempo ficou sem acesso aos serviços de saúde. Durante as observações realizadas também se notou que as demandas não planejadas nas agendas do gestor acabam influenciando o aumento de suas cargas.

Eu não acho que trabalhar com a Estratégia possa reduzir a carga, eu acho que tem aumentado por conta dessa responsabilização que tem, talvez se a gente tivesse em uma possibilidade de ter menos pessoas nas equipes principalmente nessas áreas que nunca teve saúde com pessoas muito adoecidas eu acho que melhoraria, [...]. Porque a gente não colocava DIU, a gente não fazia drenagem de abscesso, não fazia frenectomia, então assim muitas coisas que eram encaminhadas hoje são resolvidas na Atenção Primária. [...]. Então eu acho que aumentou muito mais a carga (G4).

O gestor possui agenda, mas há demanda não planejada, por exemplo, às 10 horas recebeu um e-mail sobre uma reunião para ir à tarde (15 horas) do mesmo dia. Os administrativos auxiliam em algumas demandas, mas há demandas que somente o gestor pode fazer. Demonstrou angústia com tantas demandas, falou muito sobre as diversas demandas que precisa dar conta (ObsG4).

A gente ainda não está com tudo estruturado né, o Rio (de Janeiro) está se estruturando, expandiu, mas expandiu, expandiu assim, de 3% para 40-48% como expandiu a (Estratégia) Saúde da Família, só que expandiu de uma maneira acelerada, então hoje que as coisas estão sendo colocadas no lugar, quanto mais você caça mais coisa você vai achar. [...] Então eu acho que assim, o trabalho, o aumento de carga se dá pelo excesso de demandas que você tem no seu trabalho (G3).

O início de implantação do PMAQ nas equipes de Saúde da Família também foi citado como fator que contribuiu para o aumento das cargas de trabalho dos gestores de UBS. Este aumento surgiu devido à inovação no seu modo de executar a gestão, ou seja, pela ressignificação do seu processo de trabalho exigindo novas ferramentas e resultados.

[...] é um momento que é a primeira experiência, pelo menos para mim, e eu acho que, acho não, para a unidade foi a primeira experiência passar. Então foi um momento que aumentou a carga participar do PMAQ aumentou naquele momento [...]. Aquele momento foi um momento que ficou bem mais tenso, foi o mesmo momento que a gente estava construindo a apresentação do seminário da SUBPAV (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde) e junto com isso a gente estava vendo as questões do PMAQ (G1) .

Então, o primeiro ano, o primeiro ciclo do PMAQ foi bem chato para a gente trabalhar porque só gerou estresse, aumentou as cargas de trabalho de toda a unidade, [...] principalmente psíquica por conta do estresse emocional que isso gera (G8) .

A relação fragilizada do usuário com as equipes, ou seja, em que estas não têm um vínculo fortalecido, acaba aumentando as cargas de trabalho dos gestores de UBS uma vez que o gestor precisa dispensar tempo e atenção em situações que não seria necessária a sua intervenção, prejudicando assim o seu planejamento. Outro fator está na violência presente nas atitudes dos usuários, funcionários e até mesmo no território de abrangência devido ao tráfico de drogas.

[...] quando não tem um vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional que é referência dele, isso influencia para aumentar [as cargas de trabalho] porque ainda você tem que estar constantemente mediando essa relação. Que é quando têm as brigas de corredor, os desentendimentos (G1).

Aumentam as cargas, aumentam. Porque quando chega aqui um usuário para reclamar ele não chega bem, sabe? Ele chega aos gritos, querendo matar um. E aí quem ele vai matar? Quem ele vê na frente? Eu! "Oi tudo bem?", "Tudo bem nada", "Ai meu Deus". Então assim, aumenta muito a sobrecarga da gente por quê? Porque vai me reduzindo tempo de planejamento, vai me reduzindo tempo para resposta de todo o planejamento que a gente já desenvolveu, parar para

ficar toda hora recebendo um usuário que a equipe poderia ter dado conta, sabe (G5).

A UBS onde trabalha o G5 fica localizada numa área de violência com tráfico de drogas e conflito entre grupos de traficantes e com policiais. No dia previsto para realização da entrevista foi necessário adiar por solicitação do gestor em função do agravamento da violência. O cenário de violência aumenta as cargas psíquicas dos trabalhadores da UBS e parece influenciar na cultura e nas relações na comunidade (ObsG5) .

Os gestores também citaram como motivos que contribuem para o aumento das cargas de trabalho: a relação com a gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Área Programática, Organização Social); o grande número de usuários cadastrados e atendidos; a relação do usuário com sua própria família; o elevado número de equipes; déficits nos instrumentos de apoio; a necessidade de mediar conflitos entre os funcionários; o seu próprio vínculo com o usuário; os momentos políticos de eleição; UBS com pequeno número de equipes; o próprio planejamento; a violência no território de abrangência da UBS; a falta de cursos/educação permanente para o gestor de UBS; funcionários não participativos; momento de licitação da Organização Social; e o próprio trabalho de gestor de UBS.

Fatores que contribuem para a redução das cargas de trabalho de gestores da Saúde da Família

Quanto aos fatores que corroboram para a redução das cargas de trabalho, as falas dos gestores de UBS deram maior significado ao PMAQ implantado, e também quando a estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos são adequados. Outros fatores que contribuíram para a redução das cargas de trabalho dos gestores foram: o planejamento, a disponibilidade de instrumento de apoio, a própria proposta da ESF e as equipes serem participativas, como representado na Tabela 4 e nas falas dos participantes.

Tabela 4 - Fatores que contribuem para a redução das Cargas de Trabalho

Reduzem as Cargas de Trabalho	Total de citações	%
Estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos adequados	11	21,2%
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção implantado	10	19,2%
A realização do planejamento	9	17,3%
Disponibilidade de instrumento de apoio	8	15,4%
A própria proposta da Estratégia Saúde da Família	4	7,7%
Equipes participativas	4	7,7%
Boas relações dos usuários com os profissionais	3	5,8%
Boa relação com a gestão municipal (SMS)	1	1,9%
Boas relações dos usuários com seus familiares	1	1,9%
Trabalho do auxiliar administrativo	1	1,9%
Total	52	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

As falas abaixo ilustram os dois fatores mais significativos para reduzir as cargas de trabalho mencionados pelos gestores. No que diz respeito à estrutura física, durante as observações realizadas, notou-se que nas UBS novas, em especial no formato Clínica da Família, a maioria apresenta boa estrutura física, com salas equipadas e recepção aberta aos usuários, bem como sala apropriada para o gestor.

Eu julgaria que hoje a gente tem muita coisa disponível, a gente tem o suficiente para fazer um bom trabalho, a gente não está numa situação em que faltem materiais de trabalho. Isso é ótimo, reduz muito a carga [...]. Eu acho que hoje toda a estrutura que a gente tem reduz muito assim, a gente tem material, a gente tem profissional (G4).

A UBS demonstra ser um espaço acolhedor, com assentos, bebedouro, banheiros (feminino e masculino). Estrutura nova no formato de Clínica da Família (A construção é em estrutura modular de aço), com boa iluminação (Ela facilita entrada da luz natural), iluminação por lâmpadas também. Possui ar condicionado, espaço bem arejado, e área externa com jardins e academia carioca (ObsG4).

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade, ele te faz enxergar coisas que você ainda não tinha percebido. Então, quando você começa a trabalhar, a responder questionário avaliativo, isso é

bom. Ele te toma um tempo naquele primeiro momento. [...] Mas ao longo prazo ele vai te reduzir porque você está enxergando algumas coisas que você não tinha percebido. Ele é um programa que eu acho bem inteligente (G10).

Os gestores de UBS percebem que trabalhar com planejamento de suas ações bem como ter instrumentos de apoio auxiliam para a redução de suas cargas de trabalho, pois potencializam a disponibilidade de tempo e facilitam o desenvolvimento das ações necessárias.

O planejamento, ele alivia. Ele diminui a carga. As coisas planejadas facilitam o trabalho. O trabalho flui melhor. Porque o trabalho desorganizado, você ficar esperando as coisas caírem, no seu colo, já cai com uma intensidade maior, com uma carga maior. Então você planeja antes, que aquilo venha trazer questões maiores, problemas maiores, e que venha melhorar também, em uma qualidade que você espera (G7).

O gestor utiliza diversos instrumentos de apoio para a realização do planejamento e demais atividades de gestão da UBS. Usa bastante o computador e recursos de informática e internet (e-mail, Google talk, prontuário eletrônico (ObsG7).

Utilizo a carteira de serviços sim. Tem protocolo de saúde da mulher da Secretaria (Municipal de Saúde), utilizo o protocolo de enfermagem quando eu estou discutindo com a equipe de enfermagem, processos, os protocolos da Atenção Primária. [...] Eu acho que eles auxiliam para diminuir, porque no momento que tem algo que norteia fica mais prático as discussões, o processo mesmo, (quando) fica mais no “achismo” eu acho que tu acaba gerando uma carga maior. Acho que ler ajuda a diminuir a carga (G1).

A proposta da ESF e as equipes serem participativas são fatores que contribuem para a redução das cargas de trabalho. Esta redução é viabilizada pela proximidade que este modo de trabalho permite entre profissionais e usuários, resultando numa melhor assistência.

Reduzir, nem se compara. Já é um modelo construído, pronto e as pessoas que trabalham para a saúde da família elas tem o mínimo de noção ou quando não tem entra e fica sabendo como funciona. [...] As pessoas se comunicam, param, uma conversa com a outra, os médicos trocam/discutem casos, se aproximam mais do gestor, se aproximam mais de mim [...]. Então assim esse modelo, aquele vínculo que você cria com a família do paciente, isso com certeza é o melhor sistema de

saúde, assim do que os tradicionais, que simplesmente passava um Raio-X e depois não sabia nem para quem eu vou apresentar aquele resultado de exame. O paciente ficava rodando, aqui não, você já tem a sua referência (G2).

Outros fatores que contribuem para a redução das cargas de trabalho foram citados, tais como, a relação dos usuários com os profissionais devido ao vínculo estabelecido; a relação com a gestão municipal pelo suporte fornecido; as boas relações entre o usuário e a sua família e o apoio do auxiliar administrativo.

Para alguns gestores a relação entre o usuário e a sua família e a relação com a gestão municipal não contribui nem para aumentar e nem para reduzir as suas cargas de trabalho. Outros ainda relataram fatores que contribuem tanto para aumentar quanto para reduzir as suas cargas, tais como: a estrutura física, recursos materiais, financeiros e humanos, a relação com a gestão municipal, a relação entre os usuários e equipes e as relações entre usuário e família.

DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil profissional dos participantes da pesquisa, o cargo de gerente de UBS tem sido ocupado em sua maioria por enfermeiras/os, dados que corroboram com a literatura (CARVALHO et al, 2013; ALVES et al. 2004).

Os resultados da pesquisa apontam que o excedente de trabalho exigido pelo cargo, como “levar para casa as demandas”, demonstra o compromisso do gestor, mas aumenta, significativamente, as suas cargas de trabalho. Surge nesse contexto que o bom gestor será aquele que renormatizará, tornará o prescrito para o trabalho real (OLIVEIRA et. al., 2013).

Por outro lado, o município em estudo tem como política a contratação de profissionais para atuar apenas como gestor, não acumulando com a atividade assistencial, dado este que diverge de outras realidades brasileiras, em especial de enfermeiros que assumem assistência em equipe de ESF e gestão de UBS (WEIRICH et al., 2009, CARVALHO et al., 2013). Esta forma de contratação pode contribuir para a redução das cargas de trabalho dos gestores de UBS.

Ao assumir a sua responsabilidade de ser um articulador para a garantia da assistência à população, o gestor se percebe diante de uma dimensão que ultrapassa os limites internos da unidade (PENNA et. al. 2004). Para a execução do trabalho de gestor é necessária a construção

de vínculos e a responsabilização das equipes pela saúde da população adstrita, e é no atendimento destas necessidades que os fatores para aumento e redução das cargas surgem.

O vínculo fragilizado entre os usuários e equipes de Saúde da Família aumenta as cargas de trabalho do gestor de UBS. Percebe-se que esta relação é influenciada por aspectos sociais e culturais e apresenta maiores dificuldades nas áreas de violência e de conflitos pelo tráfico de drogas. A violência urbana no contexto da ESF gera um efeito negativo, com aumento das cargas psíquicas e do desgaste dos profissionais que atuam neste modelo de atenção à saúde (TRINDADE; PIRES, 2013).

Um ponto chave para amenizar a violência urbana está na proteção social ofertada pelo Estado. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a proteção social pode fornecer diversos benefícios que protegem as pessoas contra as adversidades e os riscos, incluindo a redução da pobreza (PNUD, 2014).

Dentre os países que compõe um balanço entre os gastos com cuidados em saúde e proteção social está o Reino Unido, que com uma população de 60 milhões de habitantes, gastou em 2014, 16% (£\$112,4 bilhões) do seu orçamento em proteção social e 18% (£\$129,5 bilhões) em saúde (UKPUBLICSPENDING.CO.UK, 2015). A avaliação do PNUD (2014) quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Reino Unido, colocou-o em 14º lugar entre 187 países.

No Brasil, apesar do crescente investimento em recursos sociais, este ainda não é suficiente para enfrentar a desigualdade social alimentada por muitos anos. Diferente do Reino Unido, o IDH brasileiro ficou em 79º lugar (PNUD, 2014). Ademais, o Projeto de Lei Orçamentária de 2015 prevê a despesa de R\$33,1 bilhões em Assistência Social e R\$91,4 bilhões em Saúde, representando respectivamente 12% e 32 % das despesas previstas para 2015. Ainda como destaque sobre os gastos em saúde, a Atenção Hospitalar receberá mais que o dobro da APS, R\$46 bilhões e R\$20,1 bilhões respectivamente (BRASIL, 2014b).

Os gastos públicos interferem diretamente nas atividades realizadas pelas equipes de ESF, uma vez que as equipes muitas vezes lidam com questões sociais de famílias, e com investimentos escassos, tanto para as famílias (proteção social) quanto para a APS e equipes.

Sobre os recursos destinados à APS, os investimentos tem sua relação com a estrutura das UBS. Nesta pesquisa, as categorias que mais estiveram presentes nas falas dos gestores estão relacionadas aos déficits na estrutura física e nos recursos materiais, financeiros e humanos, que

quando defasados podem potencializar o aumento das cargas de trabalho, mas reduzem as cargas quando bem estruturados. Estes achados convergem com o encontrado na literatura, em que, as condições precárias de trabalho podem desencadear o aumento das cargas de trabalho (PIRES et al., 2012a).

A utilização da ferramenta do planejamento contribui para a redução das cargas de trabalho. Esta ferramenta se configura como forma de instrumentalizar o gestor de UBS na sua tomada de decisão frente aos indicadores de saúde e incorporação da prática de avaliação contínua, facilitando o seu desempenho (FERREIRA, 2004).

O início da implantação do PMAQ e a expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro apareceram como fatores que contribuem para o aumento das cargas de trabalho. Encontra-se na literatura que o início do processo de implantação de uma inovação tende a provocar aumento das cargas de trabalho e que o trabalho com o novo demanda novas habilidades e conhecimentos. Além disso, dependendo da forma como o processo de inovação ocorre, o incremento das cargas de trabalho pode ser potencializado.

As mudanças exigidas para executar o processo de trabalho das UBS tem sua relação com essa inovação que a ESF representa, pois ao introduzir novos modelos de gestão (o processo inicial do novo), assim como o déficit no preparo/capacitação para trabalhar com a inovação pode contribuir para o aumento das cargas de trabalho (LORENZETTI et al., 2012; PIRES et al., 2012b).

De outra forma, quando o PMAQ e a ESF estão implantados e bem estruturados, a tendência é a redução destas cargas de trabalho devido à dinâmica incorporada no modo de fazer as ações de saúde. O estudo de Silva e Caldeira (2010) sobre esse modelo assistencial e sobre os indicadores de qualidade da assistência com base na Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família mostra que quando existe maior adequação ao novo modelo de gestão, neste caso a proposta da ESF, as equipes tendem a apresentar melhores resultados nos seus indicadores de saúde.

O aumento das cargas psíquicas devido ao excesso de demandas, sobretudo as não planejadas que precisam de respostas imediatas, e as dificuldades do gestor em prover condições para atendê-las, podem potencializar o desgaste mental deste trabalhador. A necessidade de adequar a gestão do tempo com a priorização das atividades, a pressão para o cumprimento de metas e a sobrecarga de trabalho parecem estar presentes em outros espaços laborais, como em agência reguladora (SILVA; MENDES, 2012). Todavia, é difícil relacionar com concretude

a relação dos transtornos mentais e comportamentais com o aumento das cargas de trabalho, uma vez que estas são fortemente influenciadas por fatores subjetivos (MININEL et al., 2013).

De modo geral, os fatores que contribuem para o aumento das cargas de trabalho, como o excesso de demanda, a carga horária excessiva, estrutura física precária e déficit nos instrumentos de trabalho, assim como os fatores que contribuem para a redução das cargas de trabalho como o vínculo entre usuários e equipes e a proposta da ESF, parecem estar presentes não só para os gestores de UBS, mas de todos os profissionais que atuam na ESF como encontrado em outro estudo (LIMA et al., 2014).

Apesar das políticas públicas de saúde reconhecerem a APS, por meio da ESF, como ordenadora da rede de cuidados à saúde, o suporte para que esta responda por esta coordenação precisa de melhorias em sua estrutura (CARVALHO et al., 2013).

O estudo evidencia a necessidade de valorização do gestor da ESF e que, sem a presença deste, a realização do trabalho prescrito pelas políticas do Sistema Único de Saúde teria sua execução prejudicada, pois a gestão não se faz apenas nos setores externos às UBS (SOUZA; ATHAYDE, 2011). Ademais, para garantir a qualidade dos serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde, é fundamental investir na ambientação e qualificação profissional dos que atuam na APS, incluindo os que realizam a sua gestão (SAVASSI, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram perceber a relação ambígua entre alguns fatores que contribuem para o aumento e a redução das cargas de trabalho dos gestores de UBS que atuam com a ESF. O PMAQ e os fatores de ordem estrutural, tais como a estrutura física, os recursos materiais, humanos e financeiros tiveram maior destaque nesta ambiguidade.

Como destaque, os fatores de ordem estrutural parecem formar a base para uma gestão de UBS bem sucedida e conseqüentemente reduzir as cargas de trabalho destes profissionais.

O impacto que a introdução de inovações tecnológicas pode gerar nas cargas de trabalho deve ser avaliado com cuidado, como exemplificado neste estudo com o PMAQ, que no início aumentou as cargas de trabalho, em especial as psíquicas, mas que quando bem implementado possibilitou reduzir as cargas.

O exemplo do PMAQ permite um olhar cauteloso sobre mudanças nas políticas públicas, que ao passar dos anos são reelaborados de acordo com as filosofias de novos governantes e seu corpo técnico, assim introduzindo mais inovações no modo de trabalho dos gestores de UBS e gerando um ciclo constante de aumento e redução de suas cargas de trabalho.

Por fim, sugere-se que estudos futuros explorem os elementos relativos à subjetividade do gestor o que poderia contribuir para o entendimento de diferentes percepções e vivências em relação às cargas de trabalho, implicando no aumento ou redução das mesmas. Além disso, é necessário avaliar a influência que a ESF implementada pode acarretar para estes trabalhadores, que neste estudo não possibilitou devido a recente reestruturação da Atenção Primária à Saúde na cidade pesquisada.

REFERÊNCIAS

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-6, jul./ago. 2004.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consultas. **Estabelecimentos**. Por CNES-Nomes-CPF-CNPJ. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2014a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. **Orçamento Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2015**. Brasília, 2014b. 60p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/PLOA_2015/Orcamento_Cidadao_%202015.pdf. Acesso em: 07 abr 2015.

BROUSSELLE, Astrid et al. (orgs.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292p.

CARVALHO, Brígida Gimenez Carvalho et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989. 331p.
LIMA, Leticia; PIRES, Denise Elvira Pires de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MEDEIROS, Francini. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.17-24, 2014.

LORENZETTI, Jorge et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-9, abr./jun. 2012.

LORENZETTI, Jorge. **“PRAXIS”**: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 265p.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 966p.

MININEL, Vivian et al. Cargas de trabalho, processo de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, nov./dez. 2013.

MORAES, Joysi. **Gestão em saúde**: qualidade em serviços de saúde no consultório. 1. ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. 118p.

OLIVEIRA, Simone; ALVAREZ, Denise; BRITO, Jussara. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n. 6, jun. 2013.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos et al. O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. **REME – Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2004.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

PIRES, Denise Elvira Pires de. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-68, mar. 2012a.

_____. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012b.

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento . **Human Development Report 2014- Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014.pdf>. Acesso em 07 abr 2015.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Relação de Unidades**. Disponível em: <www.subpav.org>. Acesso em: 06 ago. 2014.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, Maria Cecília dos S. Queiroz da; MENDES, Ana Magnólia. A Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

SOUZA, Wladimir Ferreida de; ATHAYDE, Milton. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p.135-157, 2011.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

TRINDADE, Letícia de Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013.

TRINDADE, Letícia Lima; LAUTERT, Liana; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-12, set./out. 2009.

UKPUBLICSPENDING.CO.UK. **Public Spending Details for 2014**. Spending Pie Chart. Disponível em:
http://www.ukpublicspending.co.uk/year_spending_2014UKbt_14bc1n_000102030450301013144049#ukgs302. Acesso em: 07 abr 2015.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os gestores de UBS desenvolvem um papel relevante na efetivação do prescrito na ESF. Essa relevância, também é reconhecida nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, como é o caso do formulado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). No referido programa está explícito o reconhecimento de que a função avaliativa é intrínseca à atividade de gestão e que os processos de avaliação na Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser contínuos e permanentes, fazendo parte da cultura institucional.

O PMAQ reconhece, ainda, que cabe ao gestor coordenar e monitorar o processo de avaliação do serviço e o desempenho das equipes. Para isso é necessário analisar a realidade da saúde local, identificando as fragilidades e as potencialidades da rede de APS, o que deve impactar o planejamento e resultar nos ajustes necessários para obtenção de melhorias no acesso e na qualidade dos serviços.

Considerando-se a teoria do processo de trabalho, pode-se afirmar que a atividade dos gestores tem a finalidade de oportunizar as circunstâncias mais adequadas para que a assistência de saúde no âmbito institucional se realize. O que no caso da ESF tem dimensões mais complexas face à amplitude do objeto de trabalho, a diversidade de instrumentos e o perfil requerido para uma força de trabalho chamada a desenvolver um trabalho coletivo que se propõe atender necessidades heterogêneas e em permanente modificação.

Quando este trabalho ocorre em cenários com grandes fragilidades estruturais, e de capacitação dos gestores para a sua realização, tende a impactar negativamente nas cargas de trabalho de quem o executa, o que ficou evidenciado nesta pesquisa.

Os resultados também mostram a inter-relação entre os diversos elementos presentes no processo de trabalho e as cargas de trabalho. Mostram, ainda, que condições objetivas e subjetividade interferem no resultado da atividade e nas cargas de trabalho, o que requer estudos para sua melhor compreensão.

O desenho da pesquisa mostrou-se adequado, assim como o referencial teórico contribuiu para a interpretação dos resultados. A coleta de dados por meio da triangulação (entrevista semiestruturada, observação e análise documental) permitiu uma melhor compreensão acerca da relação entre as características do trabalho de gestor e as cargas de trabalho dos participantes da pesquisa, assim como contribuiu

na identificação dos elementos que contribuem para aumentar e reduzir essas cargas.

A associação da análise temática de conteúdo de Bardin (2011) com os recursos do software *Atlas.ti 7.0* constituiu-se em um importante aliado para a análise dos dados. Os recursos do software facilitaram a construção das categorias e a identificação dos achados predominantes, e auxiliando na decisão dos recortes mais adequados para a construção dos artigos.

Os resultados obtidos proporcionaram contemplar ao objetivo do estudo, ao passo que se compreendeu as influências do trabalho como gestor para as suas cargas de trabalho. Também foi identificado o perfil dos gestores e das UBS, o processo de gestão, quais cargas de trabalho estão presentes e os fatores que contribuem para aumentar e/ou reduzir essas cargas dos participantes da pesquisa.

No que tange ao trabalho do gestor de UBS, percebe-se que cada gestor possui um modo singular de executar o seu trabalho e que no momento de execução, os instrumentos existentes podem tanto aumentar quanto reduzir as suas cargas de trabalho. Isso demonstra que o conhecimento adquirido para a função de gestor, bem como o perfil, são componentes necessários para esse cargo, pois sem o preparo adequado, mesmo com a presença de instrumentos para auxiliar no seu processo de trabalho, estes podem ser mal utilizadas, o que pode interferir na oferta de serviços de saúde à população.

A inovação tecnológica por meio do novo modelo de gestão por meio da expansão da ESF, realidade encontrada no município em estudo, contribui para o aumento das cargas de trabalho dos gestores de UBS. Percebe-se que desenvolver a gestão de Unidade Básica de Saúde, no momento em que a ESF passa por um momento de expansão, é ter que lidar com desafios diários, os quais incluem a necessidade de fortalecer a rede de atenção à saúde e melhorar as políticas sociais.

As cargas de trabalho decorrentes do meio oferecido devem ser consideradas pelos gestores municipais a fim de nortear e oferecer o suporte necessário para os gestores locais das UBS. As cargas psíquicas, como representado neste estudo, precisam de mecanismos que auxiliem na sua redução, um exemplo seria diminuir ou reorganizar o excesso de demandas com o intuito de realiza-las dentro das 40 horas semanais.

Ainda como fatores que auxiliam na redução das cargas psíquicas encontram-se a estrutura adequada da UBS (incluindo os recursos de materiais e humanos), o território de abrangência bem definido, o perfil apropriado das equipes de ESF e o modo de trabalho organizado.

Dentre estes fatores que podem direcionar quais ações são necessárias para a diminuição de desgaste destes trabalhadores, inclui-se ainda a violência territorial, um cenário marcado pela baixa renda que favorece a inserção do tráfico de drogas e armas de fogo. Deste modo, o Estado encontra dificuldades em manter os profissionais nas equipes de ESF, uma problemática que não se resolve com a inserção de guardas, policiais ou contrato de seguranças, mas na ampliação e garantia dos direitos sociais, como melhoria de renda, escolaridade e lazer.

Em sociedades em que há uma imensa desigualdade social e com políticas sociais fragilizadas, pode-se haver dificuldade na execução das atividades de responsabilidade do setor saúde, principalmente quando este se propõe a ser o local de resolução dos dilemas sociais. O Reino Unido é um exemplo de como os países com bom nível do IDH aplicam os recursos de maneira mais equânime entre as políticas sociais e as de saúde.

No Brasil, parece que as políticas norteadoras da ESF encontraram neste modelo de atenção a luz para o fim de todos os males da saúde, deixando a cargo das equipes a resolução da maioria dos determinantes e condicionantes da saúde, incluindo as condições socioeconômicas da comunidade. Este modo abrangente de atuar pode acarretar em alocação de recursos ineficazes e aumento de cargas de trabalho dos que atuam diariamente e diretamente nesta realidade.

A construção de uma rede de atenção à saúde eficaz e eficiente pode ser o aspecto-chave para o Sistema Único de Saúde. No entanto, para que isso ocorra é preciso que a Atenção Primária à Saúde, a qual tem como diretriz para a sua organização no Brasil a ESF, seja uma área prioritária nas agendas políticas.

Ademais, não há como dispensar os gestores que aplicam nas Unidades Básicas de Saúde a concretização das diretrizes da ESF. Gestores esses que, muitas vezes assumem essa função acumulada ao seu cargo, o que felizmente não foi a realidade desta pesquisa.

Sugere-se que, além da oferta de educação permanente para os gestores, é preciso melhorar os mecanismos de gestão, utilizar de recursos que amplifiquem a capacidade organizacional do serviço e facilitem o diálogo com os usuários do SUS.

Em relação aos limites da pesquisa, algumas questões impossibilitaram uma maior representação dos dados. Devido ao tempo de apresentação da dissertação e pela dimensão territorial, a coleta de dados teve que se limitar em apenas duas Áreas de Planejamento/Programáticas (AP) do município. Todavia, os dados apresentaram-se satisfatórios a partir do momento em que as falas foram

se repetindo (saturação dos dados). Ademais, a apresentação dos dados coletados teve que se ater aos objetivos propostos nesta pesquisa.

Além disso, as características da cidade do Rio de Janeiro tais como o contexto histórico-cultural, a dimensão territorial e populacional, o perfil de ESF e a inserção de Organizações Sociais, podem ser distintas de outras realidades brasileiras, porém não excluem e impossibilitam a amostragem da pesquisa, inclusive, podem abrir espaço para novos estudos.

Ainda sobre as OS, há diferentes críticas sobre essa adoção no sistema público, desde as mais positivas até as negativas. Esta pesquisa não permitiu debater sobre as consequências deste tipo de contrato, uma vez que não era o objetivo deste estudo e não haveria imparcialidade pela pesquisadora por esta trabalhar na gestão municipal. O que o estudo pode demonstrar é que para as cargas de trabalho, as OS parecem, até o momento, contribuir para diminuí-las devido à desburocratização da gestão municipal ao adquirir os recursos materiais e humanos. Todavia, quando as OS estão sob licitação, há aumento das cargas de trabalho devido à tensão estabelecida pela forma de contrato.

A pesquisa indica, ainda, a necessidade de uma investigação mais aprofundada sobre a relação entre cargas de trabalho, desgaste e adoecimento de gestores de Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia; MACINKO, James. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local** - Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215p.

ALVES, Marília; PENNA, Cláudia Maria de Mattos; BRITO, Maria José Menezes. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, jul./ago. 2004.

ANDRÉ, Adriana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. Esp, p. 835-840, 2007.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p.

BELL, Judith. **Projeto de pesquisa**: guia para pesquisadores iniciantes em educação, saúde e ciências sociais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRANT, Luiz Carlos; DIAS, Elizabeth Costa. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 942-949, jul./ago. 2004.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consultas. Estabelecimentos. Por CNES-Nomes-CPF-CNPJ**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 20 jul. 2014.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Orçamento **Cidadão: Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2015**. Brasília, 2014b. 60p. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/sof/PLOA_2015/Orcamento_Cidadao_%202015.pdf. Acesso em: 07 abr 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 35/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002. 415 p.

_____. **Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde:** caderno do curso. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. 2009. 39p. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/Gestao%2520Clinica%2520Manual%2520HSLMS.pdf>>. Acesso em> 31 out. 2014.

_____. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Publicada no DOU de 26.06.86, Seção I – fls. 9.273 a 9.275. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 24 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Portal da Saúde. Atenção à Saúde. Equipes de Saúde da Família. **Número de equipes e cobertura populacional.** Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 13 nov. 2014a.

_____. Portal da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Unidades Geográficas por Competência. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 13 nov. 2014b.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b. 62 p.

BROUSSELLE, Astrid et al. (Orgs.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 292p.

CARVALHO, Brígida Gimenez Carvalho et al. **Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz.** 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da República Federativa da União. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto.** Porto Alegre: Artmed. 2010.

CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida et al. Liderança Transformacional em Unidades Básicas de Saúde. In: CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida. **Gestão e liderança em unidades básicas de saúde.** Florianópolis: Pandion, 2011. 176p.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERREIRA, Avilmar Santos. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAURER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa em Texto, Imagem e Som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GÉRVAS, Juan et al. (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012. 2 v. 1354p.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 1112 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Rio de Janeiro. 2013**. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232LG>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247- 259, jul./set. 1990.

LAPÃO, Luís Velez; DUSSAULT, Gilles. Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 4, 2012.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 331p.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIEDKE, Elida Rubini. Trabalho. In: CATTANI, Antonio David (Org.). **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 478p.

LOCH, Selma; CUNHA, Cristiano J.C. de Almeida. Gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. 1354p.

LORENZETTI, Jorge. “**PRAXIS**”: tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 265p.

LORENZETTI, Jorge et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, abr./jun. 2012.

MARX, Karl. **Capítulo VI inédito de O capital**: resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Moraes, 1969.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política. Livro 1. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 966p.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Reestruturação produtiva em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 29 out. 2013

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suelly Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suelly Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MININEL, Vivian et al. Cargas de trabalho, processo de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Rev. Latino-Americana. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, nov./dez. 2013.

MORAES, Joysi. **Gestão em saúde**: qualidade em serviços de saúde no consultório. 1. ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012. 118p.

OLIVEIRA, Simone; ALVAREZ, Denise; BRITO, Jussara. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n. 6, jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, September 1978. Disponível em: <http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. **Informe sobre la salud en el mundo 2008 - Ejemplos de países**. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/media_centre/brazil_es.pdf>. Acesso em: 24 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). José Paranaguá de Santana (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 1997.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos et al. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **REME – Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 4, p. 455-463, out./dez. 2004.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Epidemiologia e Serviços de Saúde. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

PIRES, Denise Elvira Pires de. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-44, set./out. 2009.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. Divisão Técnica do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.)s **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>>. Acesso em: 29 out. 2013.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n.1, p.157-68, mar. 2012.

_____. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012b.

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento . **Human Development Report 2014- Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014.pdf>. Acesso em 07 abr 2015.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Relação de Unidades**. Disponível em: <www.subpav.org>. Acesso em: 06 ago. 2014.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2304324/DLFE-236801.pdf/LeiMunicipaln5.0.2.6.de1.9.demaiode2.0.0.9..pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Casa Civil. **Organizações Sociais**. Divulga relação das Organizações Sociais qualificadas no âmbito da Prefeitura e as respectivas áreas de atuação. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/web/cvl/exibeconteudo?id=2806005>>. Acesso em 24 out. 2014b.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Unidades de Saúde**. 2014. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia1#>>. Acesso em: 06 nov. 2014.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. **Áreas Programáticas**. Bairros. 25 setembro 2011. Disponível em:

<<http://cvasrio.blogspot.com.br/2012/02/areas-programaticas-bairros.html>>. Acesso em: 11 fev.2014.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PEN).

Instrução Normativa 10/PEN/2011. Altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem. Florianópolis, 15 de junho de 2011. Disponível em:

<http://ppgenf.posgrad.ufsc.br/files/2012/04/IN-10.2011_2.pdf>. Acesso em: 02 out.2014.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar/abr. 2004.

SANTOS, M.B. **Ergonomia, carga mental de trabalho, riscos e prevenção de acidentes**: o caso do trabalhador em histotécnica. Tese (Doutorado em Design) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. 232f.. Disponível em:

<http://www.lambda.maxwell.ele.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=11694@1>. Acesso em: 05 jun. 2014.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas.** Versão 22.11.2012. Disponível em: <http://apsredes.org/site2013/wp-content/uploads/2013/03/ORIGINAL_-_SUS_POLITICA_PUBLICA_DE_ESTADO-atualizadoo-1.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev. bras. med. fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun. 2012.

SCHMOELLER, Roseli; TRINDADE, Letícia de Lima; NEIS, Márcia Binder; GELBCKE, Francine Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 368-377, jun. 2011.

SCHWARTZ, Yves. Circulações, Dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004.

SILVA, José Mendes da; CALDEIRA, Antônio Prates. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, jun. 2010.

SILVA, Maria Cecília dos S. Queiroz da; MENDES, Ana Magnólia. A Prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 8, ago. 2011.

SOUZA, S.S. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.12, n. 3, p. 449-455, 2010.

SOUZA, Wladimir Ferreida de; ATHAYDE, Milton. Com quantos gestos se faz uma gestão em saúde? **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 135-157, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

LIMA, Leticia; PIRES, Denise Elvira Pires de; FORTE, Elaine Cristina Novatzki; MEDEIROS, Francini. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.17-24, 2014.

TRINDADE, Leticia Lima; LAUTERT, Liana; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, set./out. 2009.

TRINDADE, Leticia Lima; PIRES, Denise Elvira Pires de. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, jan./mar. 2013.

UKPUBLICSPENDING.CO.UK. **Public Spending Details for 2014**. Spending Pie Chart. Disponível em: http://www.ukpublicspending.co.uk/year_spending_2014UKbt_14bc1n_000102030450301013144049#ukgs302. Acesso em: 07 abr 2015.

WEIRICH, Fátima Weirich et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 249-57, abr./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Financing: the path to universal coverage**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2014.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 687-95, nov./dez. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO**

Data:

Tempo de observação:

1. Referente à UBS:

- a) De modo geral, como acontecem os atendimentos? (Os agendamentos e atendimento à demanda espontânea)
- b) Apresenta-se como um espaço acolhedor? (Observar a relação usuário/trabalhador; se há espaço para acomodação e espera com assentos, água, banheiro ou outro).
- c) Como é a estrutura física? (iluminação, pintura, etc.)
- d) Demais observações:

2. Em relação ao espaço físico da sala do gestor:

- a) Tamanho (pequeno; médio; grande):
- b) Temperatura e iluminação (quente; frio; ar condicionado; janela):
- c) Ruído (silencioso; barulhento):
- d) O espaço para acesso aos demais trabalhadores e usuários (fácil ou difícil acesso):
- e) Demais observações:

3. Sobre o gestor:

- a) Como é o processo de trabalho? (Há uma agenda? Faz planejamento? Utiliza algum referencial, manual ou outro? Outros trabalhadores auxiliam em seu processo de trabalho? Utiliza o tempo de intervalo, como almoço, café?
- b) Como se relaciona com os trabalhadores e com os usuários? Está em contato direto?
- c) Apresenta comportamentos de satisfação? De que modo?
- d) Demonstrou em algum momento sinal de desgaste e ou cansaço

(irritação, angústia)? De que modo?

e) Outras observações:

4. Demais achados e qualidade da observação:

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(a ser aplicada aos Gestores da UBS)

Cargas de Trabalho: compreende-se como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador. As cargas são caracterizadas em grupos, de um lado, as físicas (ruído, calor), químicas (pó, fumaça), biológicas (fungos, bactérias) e mecânicas (força/elementos que podem causar contusões, fraturas) (grupo 1), e em outro, as fisiológicas (esforço físico) e psíquicas (tensão prolongada e impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica) (grupo 2). A distinção entre os grupos está na maneira como a materialidade se expressa. No primeiro grupo (1) estão fatores externos ao corpo, mas que ao interatuar com este interferem nas possibilidades de realizar um trabalho mais ou menos satisfatório e com menor ou maior desgaste. No segundo grupo (2) estão as cargas que atuam diretamente no corpo (físico e mental) do trabalhador (LAURELL, NORIEGA, 1989).

PARTE I- IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

1. Informações gerais:

Identificação da UBS:	
Identificação do Gestor (letra, número):	
Idade:	Sexo:
Profissão:	Graduação:
Pós-graduação: ()sim () Não () Tipo	
() Relaciona-se com o trabalho de gestão?	
Especificar:	

2. Tempo de experiência profissional (conforme a graduação) e como gestor da Unidade e/ou em outro cargo de gestão:

3. Tipo de Contrato e Jornada de Trabalho:

a) Tipo de contrato na Secretaria Municipal de Saúde (SMS):

b) Jornada de trabalho na SMS (horas semanais):

c) Possui outro emprego? Qual?

d) Jornada de trabalho no outro emprego (horas semanais):

e) Jornada de trabalho total (horas semanais):

4. O que levou você a assumir o cargo de gestor de UBS?

5. Teve algum preparo pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para esta função? (antes e/ou durante a atuação)

a) Como foi realizado? (Foi um curso ou em reunião? Explique sobre o tipo de curso- duração, certificado, etc.)

b) Este preparo/capacitação auxiliou no seu trabalho de gestor? Contribuiu para reduzir as suas cargas de trabalho?

PARTE II – PROCESSO DE TRABALHO DO GESTOR E CARGAS DE TRABALHO

1) De modo geral, como é o seu processo de trabalho? Descreva o que você faz em um dia normal de trabalho, fale também sobre situações excepcionais que você queira registrar.

2) Considerando cargas de trabalho como explicado acima você saberia identificar as cargas de trabalho no seu dia a dia? (Quais são?)

3) Pense no seu trabalho como gestor da UBS para responder as questões que seguem:

a) Você utiliza algum instrumento de apoio para realizar a gestão da Unidade? Qual (s)? Este (s) instrumento (s) tem auxiliado para aumentar ou diminuir as cargas de trabalho? Conte-me como.

b) Em relação aos instrumentos de trabalho do tipo equipamentos, materiais, área física que existem no seu local de trabalho. Estes instrumentos contribuem para facilitar ou dificultar a realização do seu trabalho? Contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho?

c) Você trabalha com planejamento? Fale como é feito, facilidades e dificuldades na sua realização. O planejamento influencia nas cargas de trabalho? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

d) A sua UBS tem vínculo com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)? Influencia nas cargas de trabalho? De que maneira tem influenciado? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

e) A própria proposta da ESF influencia nas cargas de trabalho? Como? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

f) As relações com os usuários com a família/usuários influenciam nas cargas de trabalho? De que maneira tem influenciado? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

g) As relações dos usuários com os membros da(s) equipe(s) e ou outros funcionários usuáries influenciam nas cargas de trabalho? Como? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

h) Os recursos financeiros, materiais e de pessoal disponível interfere nas cargas de trabalho? De que modo? (contribui para aumentar ou reduzi-las)

i) A relação com o gestor municipal influencia nas cargas de trabalho? (contribui para aumentar ou reduzi-las) Como?

4) O seu trabalho como gestor têm interferido a sua saúde? Tem gerado algum desgaste? Conte-me qual(s) desgaste(s) e de que maneira; qual o problema de saúde.

5) De que maneira você lida com as cargas de trabalho. Há algo que você faça para amenizá-las?

6) Cite:

a) Três principais motivos de satisfação no trabalho, situações/características de seu trabalho como gestor que contribuem para diminuir as cargas de trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

b) Três principais motivos de insatisfação no trabalho, situações/características de seu trabalho como gestor que contribuem para aumentar as cargas de trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

7) Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ESTUDO DOCUMENTAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO PARA ESTUDO DOCUMENTAL

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Identificação da UBS:

Buscar documentos que possam prover as seguintes informações:

- 1) Qual o total de população atendida pela UBS? E por equipe? (Equipe 1, equipe 2...)
- 2) Quanto ao território de abrangência da UBS: a área é extensa? Há área de risco?
- 3) Total de Equipes de ESF:
- 4) As equipes estão completas? Se não descrever qual(is) profissional(is)/trabalhador(es) falta(m) por equipe:
- 5) Qual a jornada de trabalho das equipes? Há jornadas diferentes por categoria profissional?
- 6) Qual o fluxograma de atendimento da UBS (Como acontecem os agendamentos e atendimento à demanda espontânea)?
- 7) Articula-se com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)? Quais profissionais que integram? (psiquiatra, psicólogo, nutricionista, entre outros)
- 8) Há reunião geral da UBS?
- 9) As equipes realizam reuniões? Qual a periodicidade?
- 10) Demais achados:

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Meu nome é Thayse Aparecida Palhano de Melo e estou realizando a pesquisa “*Cargas de Trabalho dos Gestores de Unidades Básicas de Saúde*” que **objetiva** analisar de que modo o trabalho de gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) influencia nas cargas de trabalho de quem o realiza. Esta pesquisa **justifica-se** pela complexidade do trabalho de gestão em saúde, em especial nas UBS. A coleta de dados desta pesquisa será realizada por meio de três instrumentos: estudo documental (documentos utilizados na gestão da UBS) por meio da plataforma SUBPAV e CNES; observação do trabalho do gestor da UBS (que não excederá o tempo de 4 horas e acontecerá na própria UBS); e entrevista semiestruturada (roteiro com perguntas a serem aplicadas ao gestor da UBS) que será gravada, transcrita e depois validada pelo participante por meio de e-mail.

A pesquisa resultará em uma Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e será desenvolvida pela Enf^a Mestranda Thayse Aparecida Palhano de Melo (RG: 4.332.598–SSP/SC e CPF: 009.124.909-00) e orientada pela pesquisadora Prof.^a Dra. Denise Elvira Pires de Pires (RG: 2.956.469-SSP/SC e CPF: 2.038.386.470-68).

Em caso de necessidade contate com: Enf^a. Md^a **Thayse A. Palhano de Melo**. Tel.: (21)972100103; (48)96634567; E-mail: thaypalhano@gmail.com; ou Prof. Dra. **Denise Pires**. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina-Centro de Ciências da Saúde-Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970 – Florianópolis/SC – Brasil. Tel.: (48) 3721-9480/Fax: (48) 37219787- e-mail: piresdp@yahoo.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UFSC: Tel: (48) 3721-9206

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/SMS-RJ: Rua Afonso Cavalcante, 455 / sala 710 – Cidade Nova. Telefone: 3971-1463. cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Atendimento: de 2^a a 5^a feira, das 9h às 13h.

A pesquisa não **oferece riscos importantes ao participante**, porém você poderá sentir algum desconforto por estar sendo observado, ou por mobilizar determinados sentimentos durante a coleta de dados. Se isso ocorrer, a coleta de dados será imediatamente interrompida e somente será retomada quando e se você se sentir em condições para tal. Além disso, esta pesquisa não consiste em estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou mudança no cenário institucional. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na **Resolução nº 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde. E foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos** (CEPSH) sob o parecer nº 638.904. O respeito aos participantes bem como à instituição participante serão garantidos em todo o processo de pesquisa, assim como serão respeitadas as condições de:

- Garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- Garantia do recebimento de uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual está elaborado em duas vias, com todas as páginas rubricadas, ambas contendo as assinaturas do participante e do pesquisador em mesma folha, além de constar o endereço e contato telefônico, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
- Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos.
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.
- Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UFSC por durante 5 (cinco) anos, após esse período o material será incinerado. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos mesmos.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão das cargas
Em caso de necessidade contate com: Enf^ª. Md^a **Thayse A. Palhano de Melo**.
Tel.: (21)972100103; (48)96634567; E-mail: thaypalhano@gmail.com; ou Prof.
Dra. **Denise Pires**. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina-Centro de
Ciências da Saúde-Departamento de Enfermagem e Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970
– Florianópolis/SC – Brasil. Tel.: (48) 3721-9480/Fax: (48) 37219787- e-mail:
piresdp@yahoo.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UFSC: Tel: (48)
3721-9206

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/SMS-RJ:
Rua Afonso Cavalcante, 455 / sala 710 – Cidade Nova. Telefone: 3971-1463.
cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Atendimento: de 2^a a 5^a feira, das 9h às 13h.

envolvidas trabalho dos gestores e poderá orientar mudanças no processo de trabalho dos gestores no sentido de propiciar a realização de um trabalho mais prazeroso, motivador e menos desgastante.

Após a sistematização do seu relato este lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda se você desejar poderá deixar de responder às perguntas que julgar conveniente ou desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Neste sentido, gostaria de contar com a sua participação nesta pesquisa. Se houver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, você poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou por telefone. Você também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. As informações coletadas serão utilizadas em publicações como livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Desde já agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos acerca do impacto das novas tecnologias nas cargas de trabalho de gestores de UBS.

Consentimento Pós-informação

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Cargas de Trabalho dos Gestores de Unidades Básicas de Saúde” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas as condições acima.

Assinatura e RG do
participante

Assinatura da pesquisadora
responsável

_____, ____ de _____ de 2014.

Em caso de necessidade contate com: En^{fa}. Md^a **Thayse A. Palhano de Melo**. Tel.: (21)972100103; (48)96634567; E-mail: thaypalhano@gmail.com; ou Prof. Dra. **Denise Pires**. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina-Centro de Ciências da Saúde-Departamento de Enfermagem e Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970 – Florianópolis/SC – Brasil. Tel.: (48) 3721-9480/Fax: (48) 37219787- e-mail: piresdp@yahoo.com

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos UFSC: Tel: (48) 3721-9206

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/SMS-RJ: Rua Afonso Cavalcante, 455 / sala 710 – Cidade Nova. Telefone: 3971-1463. cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Atendimento: de 2^a a 5^a feira, das 9h às 13h.

ANEXOS

ANEXO A - Indicadores para Avaliação do Desempenho e para Monitoramento do Trabalho das Equipes Descritos no PMAQ

Área estratégica	Desempenho	Monitoramento
1. Saúde da mulher	1.1 Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica; 1.2 Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada; 1.3 Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 1.4 Proporção de gestantes com o pré-natal em dia; 1.5 Proporção de gestantes com vacina em dia; 1.6 Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais.	1.7 Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares
2. Saúde da criança	2.1 Média de atendimentos de puericultura; 2.2 Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo; 2.3 Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia; 2.4 Proporção de crianças menores de dois anos pesadas; 2.5 Média de consultas médicas para menores de um ano; 2.6 Média de consultas médicas para menores de cinco anos.	2.7 Proporção de crianças com baixo peso ao nascer; 2.8 Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio; 2.9 Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).
3. Controle de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica:	3.1 Proporção de diabéticos cadastrados; 3.2 Proporção de hipertensos cadastrados; 3.3 Média de atendimentos por diabético; 3.4 Média de atendimentos por hipertenso.	3.5 Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio; 3.6 Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio

Fonte: Brasil. Cartilha PMAQ (2012b).

Focos estratégicos	Desempenho	Monitoramento
4. Saúde bucal	4.1 Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; 4.2 Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 4.3 Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante; 4.4 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.	4.5 Média de instalações de próteses dentárias; 4.6 Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante; 4.7 Taxa de incidência de alterações da mucosa oral.
5. Produção geral	5.1 Média de consultas médicas por habitante; 5.2 Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; 5.3 Proporção de consultas médicas de demanda agendada; 5.4 Proporção de consultas médicas de demanda imediata.	5.5 Proporção de consultas médicas de urgência com observação; 5.6 Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência; 5.7 Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado; 5.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar; 5.9 Média de exames solicitados por consulta médica básica; 5.10 Média de atendimentos de enfermeiro; 5.11 Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada; 5.12 Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família.
6. Tuberculose e hanseníase	Não está descrito no PMAQ	6.1 Média de atendimentos de tuberculose; 6.2 Média de atendimentos de hanseníase.

Focos estratégicos	Desempenho	Monitoramento
7. Saúde mental	Não está descrito no PMAQ	7.1 Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas; 7.2 Proporção de atendimentos de usuário de álcool; 7.3 Proporção de atendimentos de usuário de drogas; 7.4 Taxa de prevalência de alcoolismo.

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARGAS DE TRABALHO DE GESTORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Pesquisador: DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26721614.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 638.904

Data da Relatoria: 24/03/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC, da aluna THAYSE A. PALHANO DE MELO, sob orientação da Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires. O presente estudo tem como base a abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva. Será realizado em diferentes Unidades Básicas de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, totalizando 10 participantes (gestores das unidades de saúde), que serão submetidos a entrevistas e análise documental.

Objetivo da Pesquisa:

Principal: Compreender de que modo o trabalho de gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) influencia nas cargas de trabalho de quem o realiza.

Secundários:

a) Caracterizar o perfil das UBS participantes da pesquisa. b) Caracterizar o perfil dos gestores de UBS participantes da pesquisa. c) Caracterizar o processo de gestão de UBS, incluídas na pesquisa. d) Identificar

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9205 **Fax:** (48)3721-9656 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 638.904

elementos presentes no processo de trabalho dos gestores que contribuem para aumentar ou reduzir as cargas de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possível desconforto ao participante por estar sendo observado, ou por mobilizar determinados sentimentos durante a entrevista;

Benefícios: poderá contribuir para a compreensão das cargas envolvidas trabalho dos gestores e poderá orientar mudanças no processo de trabalho dos gestores no sentido de propiciar a realização de um trabalho mais prazeroso, motivador e menos desgastante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica e social.

Emenda solicitada pela proponente para inserir a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) como instituição coparticipante da pesquisa para devida apreciação pelo CEP/SMS/RJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- TCLE;

- roteiros de entrevista;

- folha de rosto devidamente assinada pela pesquisadora principal e pela coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Profa. Dra. Vânia Backes;

- autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, assinado pelo superintendente José Carlos Prado Junior.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ciente da inserção da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como instituição

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 85.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Contribuição do Parecer: 638.904

coparticipante.

Fela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 07 de Maio de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8206 Fax: (48)3721-9095 E-mail: ccep@reitoria.ufsc.br