UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARINA MARTINS DE OLIVEIRA CARVALHO LIMA

SENTIDOS DO TRABALHO PARA GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADES

BELO HORIZONTE/MG
2019

KARINA MARTINS DE OLIVEIRA CARVALHO LIMA

SENTIDOS DO TRABALHO PARA GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Dra. Maria José Menezes Brito

Coorientadora: Dra. Carolina da Silva Caram

BELO HORIZONTE/MG
2019

Lima, Karina Martins de Oliveira Carvalho.
L732s Sentidos do trabalho para gerentes de Unidades Básicas de Saúde em contextos de vulnerabilidades [manuscrito]. / Karina Martins de Oliveira Carvalho Lima. - - Belo Horizonte: 2019.
104f.: il.
Orientador (a): Maria José Menezes Brito.
Coorientador (a): Carolina da Silva Caram.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Organização e Administração. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Enfermagem. 5. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José Menezes. II. Caram, Carolina da Silva. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WW 105

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br

25 anos 1994 - 2019 enfermagem pós-graduação UFMG

UFMG UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 618 (SEISCENTOS E DEZOITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA KARINA MARTINS DE OLIVEIRA CARVALHO LIMA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 14 (quatorze) dias do mês de agosto de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"OS SENTIDOS DO TRABALHO PARA GERENTES QUE ATUAM EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE COM ALTO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE"*, da aluna ***Karina Martins de Oliveira Carvalho Lima***, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem ". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Carolina da Silva Caram (coorientadora), Kênia Lara da Silva e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;
( ) REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"SENTIDOS DO TRABALHO PARA GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM CONTEXTOS DE VULNERABILIDADES"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de agosto de 2019.

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Carolina da Silva Caram
(Coorientadora)

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião de CP
Em 02.09.19

Profa. Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

Dedico este trabalho a todos os meus familiares, amigos e colegas de trabalho que me acompanharam durante essa caminhada e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** pelo dom da vida, pela oportunidade do intenso aprendizado e por ter me dado sabedoria e persistência para vencer as dificuldades dessa caminhada.

À minha orientadora Prof.ª Dr.ª **Maria José Menezes Brito** pelos ricos ensinamentos e por dispor de seus conhecimentos, sem os quais não seria possível ter escrito este trabalho. Obrigada pela confiança e ajuda constante!

À Prof.ª Dr.ª **Carolina da Silva Caram** por sua importante coorientação, confiança e aprendizado.

Aos meus pais queridos: minha mãe que, com toda a sua fé e orações, me ajudou nessa caminhada e, ao meu pai (*in memoriam*) que, mesmo distante, se fez presente: o senhor permanece vivo em meu coração e será sempre um exemplo de persistência e força. Obrigada **Waldete** e **Anibal** por tudo que fizeram por mim. Amo vocês!

Ao meu marido e eterno companheiro **Valério**, que sempre me ajudou e me apoiou, valorizando meu trabalho e demonstrando que é possível crescermos juntos e com amor.

Ao meu filho **Heitor** que me deu uma nova razão para viver, sendo minha fonte de inspiração. Você me ensinou a amar de uma forma tão pura, doce e intensa. Te amo incondicionalmente!

Aos meus irmãos **Paulo e Mário** pelo carinho, presença e acolhimento e a toda a minha família, em especial aos meus sobrinhos, que sempre me inspiraram a continuar.

Aos **colegas do Mestrado**, pelo acolhimento e conhecimento construído, em especial ao Jaime, Lílian, Nathalya Casallas, Danielle, Natália Gherardi, Gláucia, Cecília, Natalia Ana e Thaís. Aos **acadêmicos de Enfermagem:** Luana, Thalisson e Melina pela ajuda e contribuição.

À **Prefeitura Municipal de Belo Horizonte** que me oportunizou tempo para que eu pudesse me dedicar ao mestrado, entendendo a importância da qualificação permanente de seus profissionais. Em especial ao **Moisés**, diretor da DRES-Norte, que sempre compreendeu minhas ausências, auxiliando-me em momentos decisivos.

A todos os **gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte de Belo Horizonte** pela disponibilidade em participar dessa pesquisa: vocês me oportunizaram intenso aprendizado profissional e pessoal.

À **FAPEMIG** e ao **CNPq** por fortalecerem permanentemente o conhecimento científico e propiciarem subsídios para a realização desta pesquisa.

À **Escola de Enfermagem da UFMG** que me acolheu desde a graduação e que me permitiu o desenvolvimento profissional, intelectual e pessoal.

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Com a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), os municípios assumiram o protagonismo na gestão de seus territórios, responsabilizando-se pela Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, o gerente passou a desempenhar papel de destaque, imprimindo direção e sentido às ações dos trabalhadores em contextos específicos. O desempenho da função gerencial a fim de alcançar os objetivos institucionais requer do gerente o entendimento do processo de trabalho e a atribuição de sentido às ações colocadas em prática. Um trabalho adquire sentido quando é considerado importante, útil e verdadeiro. Este estudo teve como objetivo compreender os sentidos do trabalho para os gerentes das Unidades Básicas de Saúde localizadas em uma Regional com alto índice de vulnerabilidade. Trata-se de estudo qualitativo, interpretativo e analítico, cujos cenários foram as Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, do qual dezenove gerentes participaram da pesquisa. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados duas fontes de evidência: a entrevista individual com roteiro semiestruturado e a observação. A coleta aconteceu entre os meses de setembro de 2018 a março de 2019 e, durante a permanência do entrevistador na unidade básica para a realização da entrevista, ocorreu concomitantemente a observação. As impressões da pesquisadora foram registradas em um diário de campo. Para análise dos dados, utilizou-se a metodologia de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016). Os resultados foram categorizados em dois temas: sentidos do trabalho do gerente na atenção primária e, a interface da vulnerabilidade no contexto do trabalho do gerente. Os sentidos do trabalho foram analisados à luz das dimensões individual, organizacional e social, perpassadas pelo trabalho cotidiano. A identidade dos gerentes foi construída com base no trabalho realizado e também nas relações estabelecidas com trabalhadores, usuários e comunidade. Quanto à segunda categoria temática, referente às singularidades do local de trabalho do gerente, caracterizado por alto índice de vulnerabilidade, foi identificada a necessidade de mobilização de competências e perfis diferenciados. A atuação do gerente junto às populações em situação de vulnerabilidade influenciou a configuração da sua identidade e a atribuição de sentidos ao trabalho realizado. Considerou-se o gerente como um ator de extrema relevância na organização dos serviços de saúde, haja vista seu papel como articulador e na efetivação das políticas propostas pelo SUS. Sua atuação demanda uma formação que propicie, sobretudo, o estabelecimento de relações interpessoais e o reconhecimento das necessidades específicas da população que atende. O excesso de atividades realizadas interfere negativamente na gestão do cuidado. Iniciativas direcionadas para a redefinição dos processos de trabalho podem ser necessárias para que o gerente assuma efetivamente as suas reais atribuições. Portanto, no que se refere às dimensões do sentido do trabalho percebe-se que os elementos elencados na dimensão individual e, principalmente, na social se sobrepõem aos da organizacional. Há que se chamar a atenção para o fato de os aspectos dificultadores terem se destacado na dimensão organizacional. A atuação do gerente, junto a populações em situação de vulnerabilidade, influencia de forma significativa nessa construção.

Palavras-Chave: Gerência. Atenção Primária à Saúde. Vulnerabilidade em Saúde. Sentidos do Trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT

With the decentralization of the Unified Health System (SUS, in Portuguese acronym), the municipalities assumed the leading role in the management of their territories, being responsible for Primary Health Care. In this context, the manager began to play a prominent role, giving direction and meaning to the workers' actions in specific contexts. The performance of the managerial function in order to achieve the institutional objectives requires the manager to understand the work process and to assign meaning to the actions put into practice. A job makes sense when it is considered important, useful and true. This study aimed to understand the meanings of work for managers of Basic Health Units located in a local branch office with high index of vulnerability. This is a qualitative, interpretative and analytical study, whose scenarios were the Basic Health Units of the Northern Region of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, in which nineteen managers participated in the research. Two sources of evidence were used as data collection instruments: the face-to-face interviews with semi-structured script and observation. The data collection took place between September 2018 and March 2019 and, during the interviewer's stay in the Basic Unit for the interview, it happened simultaneously to the observation of the facts. The researcher's impressions were recorded in a field journal. Regarding the data analysis, the content analysis methodology proposed by Bardin (2016) was used. The results were categorized into two themes: directions of the manager's work in primary care and the interface of vulnerability in the manager's work context. The meanings of work were analyzed in the light of individual, organizational and social dimensions, permeated by daily work. Managers' identities were built on the work done and also on the relationships established with workers, users and the community. As for the second thematic category, referring to the singularities of the manager's workplace, characterized by high vulnerability index, the need for mobilization of competences and differentiated profiles was identified. The role of the manager in vulnerable populations influenced the configuration of their identity and the attribution of meanings to the work performed. The manager was considered as an extremely relevant player in the organization of health services, given his role as an articulator and in the implementation of policies proposed by SUS. His performance demands a formation that promotes, above all, the establishment of interpersonal relationships and the recognition of the specific needs of the population he serves. The excess of activities performed negatively interferes in the management of care. Initiatives aimed at redefining work processes may be necessary for the manager to effectively assume his or her actual duties. Therefore, regarding the dimensions of the meaning of work, it is clear that the elements listed in the individual dimension and especially in the social one overlap those of the organizational one. Attention should be drawn to the fact that the hindering aspects have stood out in the organizational dimension. The role of the manager in vulnerable populations significantly influences this construction.

Keywords: Management. Primary Health Care. Health Vulnerability. Directions of Work. Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	-	*Acquired Immunodeficiency Syndrome*
APS	-	Atenção Primária à Saúde
DRES	-	Diretorias Regionais de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	-	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MOW	-	*Meaning of Work*
NO	-	Nota de observação
NOB	-	Norma Operacional Básica
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PBH	-	Prefeitura de Belo Horizonte
RH	-	Recursos Humanos
RSB	-	Reforma Sanitária Brasileira
SMSA	-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	-	*United Nations Children's Fund*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Regiões Administrativas de Belo Horizonte.....29
Figura 2 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Individual 39
Figura 3 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Organizacional.....47
Figura 4 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Social.....55
Figura 5 – Esquema representativo dos elementos que compõem a interface da vulnerabilidade no contexto do trabalho do gerente 59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População de Belo Horizonte por Risco segundo o Distrito Sanitário 31
Tabela 2 – Perfil dos participantes da pesquisa realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Região Norte de Belo Horizonte, 2018.....33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13
1.1. NOTA PRELIMINAR SOBRE A PESQUISADORA 13
1.2. GÊNESE DO ESTUDO 14
2. OBJETIVO 21
3. APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS 22
3.1. OS SENTIDOS DO TRABALHO 22
3.2. A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 24
4. PERCURSO METODOLÓGICO 28
4.1. TIPO DE ESTUDO 28
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO 29
4.3. COLETA DE DADOS 31
4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO 33
4.5. ANÁLISE DOS DADOS 36
4.6. ASPECTOS ÉTICOS 37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 38
5.1. SENTIDOS DO TRABALHO DO GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA 38
5.1.1. Dimensão individual 38
5.1.2. Dimensão organizacional 46
5.1.3. Dimensão social 54
5.2. A INTERFACE DA VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO DO GERENTE 58
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 78
APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA 88
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 89
ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE 90
ANEXO B – APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP UFMG 99

1. INTRODUÇÃO

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos".

(Fernando Teixeira de Andrade)

1.1. NOTA PRELIMINAR SOBRE A PESQUISADORA

O interesse pela temática emergiu de inquietações e anseios advindos de minha formação acadêmica, experiência profissional e vivências pessoais acerca do trabalho do gerente que atua na atenção primária à saúde, no município de Belo Horizonte. Há uma aproximação entre a minha trajetória profissional e a escolha do objeto, o que permite um olhar diferenciado sobre o estudo do tema. Afinal, sou uma pessoa cada dia mais desafiada por reflexões críticas acerca da realidade na qual estou inserida.

Em 2010, iniciei minha trajetória na Prefeitura de Belo Horizonte como enfermeira no Centro de Saúde Tupi. Durante os três anos que atuei como enfermeira na equipe de saúde da família recebi muito incentivo da minha chefia imediata que sempre me encorajou e impulsionou ressaltando que eu possuía as habilidades e competências necessárias para ocupar um cargo gerencial. Isso me fez refletir sobre a possibilidade de gerenciar uma unidade e ser responsável por um território considerando que seria a oportunidade de ampliar meu trabalho com foco sempre na oferta do cuidado integral.

Então em 2014, resolvi me candidatar a vaga de gerente e após ser aprovada em um processo seletivo, assumi a gerência do Centro de Saúde Guarani, cargo que ocupo até a presente data em que escrevo essa dissertação. A minha experiência na gerência é marcada por um intenso aprendizado e crescimento pessoal e profissional, aliado às dificuldades e desafios. Aprendizado porque meu olhar e conhecimento se ampliaram muito no decorrer da prática gerencial, principalmente no que se refere ao domínio dos fluxos, processos assistenciais e gerenciais. Dentre as dificuldades, ressalto o excesso de atividades administrativas que cabe ao gerente executar em detrimento da gestão do cuidado, bem como o grande número de funcionários para gerenciar e as demandas complexas trazidas

pelos usuários que buscam na saúde resolver todas as suas necessidades. A gestão de pessoas consiste em um importante desafio, haja vista que estão sob minha coordenação funcionários com perfis diversos e valores particulares que precisam conviver em um mesmo ambiente e conseguir ofertar um cuidado holístico e de qualidade, seguindo os protocolos institucionais.

Instigava-me muito compreender a construção dos sentidos do trabalho para os gerentes das Unidades Básicas de Saúde que desempenham uma função tão complexa e concomitantemente de destaque no que se refere à construção dos processos de trabalho, dentro da organização. Diante disso, resolvi ingressar no mestrado acadêmico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para aprofundar meus conhecimentos a respeito do sentido do trabalho para esse profissional, principalmente considerando os contextos de vulnerabilidade em que a população da regional Norte está inserida.

1.2. GÊNESE DO ESTUDO

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu da necessidade de aprimorar a assistência às famílias e comunidades em um serviço organizado, baseado em uma rede capilarizada, próximo ao local de residência das pessoas. Sob a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (tradução do inglês *United Nations Children's Fund* – UNICEF), o modelo de Atenção Primária na conferência de Alma-Ata, em 1978, ganhou destaque e relevância. Definiu-se, nessa conferência, a APS como assistência essencial baseada em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, científica e socialmente aceitável, com atendimento universal na comunidade aos indivíduos e às famílias (OMS, 1979).

Foi nesta conjuntura histórica, social e ideológica que surgiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), uma luta democrática para a transformação da sociedade. Tal movimento caracterizou-se pela integração das práticas sociais, ideológicas, políticas e culturais de diferentes atores sociais, que se organizaram a fim de contestar as precárias condições de atendimento à saúde e a não-garantia de acesso universal aos serviços da saúde. A RSB constituiu-se, dessa forma, como um movimento estruturado que criticou o sistema de assistência médico-hospitalar vigente e o modo excludente de se organizar a assistência à saúde no país (PAIM,

2008). O Movimento da Reforma Sanitária possibilitou a concretização dos direitos democráticos, pelos quais amplos segmentos da sociedade brasileira se mobilizavam (FEUERWERKER, 2005), de modo que suas propostas incluíram a universalidade do direito à saúde, oficializada com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ressalta-se que o SUS, que representa uma expressão concreta de luta da sociedade brasileira pela efetivação do acesso universal à saúde, possibilitou a evolução das condições de saúde das pessoas e dos serviços de saúde. Entretanto, a despeito de passados 30 anos de sua criação, há dificuldades na implementação dos princípios norteadores do SUS, principalmente na garantia do direito à saúde para todos, com destaque para grupos populacionais em situação de vulnerabilidade.

A RSB culminou com a promulgação do SUS e com as novas demandas gerenciais, assistenciais e intersetoriais regidas pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação social. Com a descentralização do sistema de saúde, a gestão dos serviços passou a se organizar, também, de forma descentralizada trazendo novas responsabilidades e compromissos para o âmbito local, dentre eles as demandas dos usurários, a necessidade de expansão física e funcional da rede de saúde, adequação de trabalhadores e da qualidade da assistência (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2011). O âmbito municipal ganhou destaque por ter sido a esfera de governo que mais se beneficiou da partilha dos recursos financeiros e de poder, cabendo a ele, contudo, maior responsabilidade na gestão e oferta de serviços e ações de saúde (MELLO; SANTOS, 2007). Dessa forma, os municípios assumiram o papel de protagonistas da gestão do sistema de saúde em seu território e a responsabilidade pela Atenção Básica, ficando responsáveis pelas ações e serviços de saúde (SOLLA, 2010).

A Norma Operacional Básica (NOB - SUS 01/1996) distinguiu, conceitualmente, gestão e gerência (BRASIL, 1997). Segundo a norma, a gestão é a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, nos níveis federal, estadual e municipal, exercendo funções de coordenação, articulação, planejamento, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Já a gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação, dentre outros, caracterizando-se como prestador de serviços ao Sistema. Mesmo com essa distinção conceitual, ainda não existe uma definição clara sobre o papel e atribuições dos gerentes nas unidades e

serviços de saúde. Tal fato cria dificuldades no real entendimento das funções desses profissionais levando a uma absorção excessiva de atividades e, consequentemente, comprometendo a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2007).

A respeito das relações entre os gestores das três esferas do SUS, Feuerwerker (2005) afirma que houve avanços ao longo dos anos e que os mecanismos de pactuação existentes entre eles tornam possível o funcionamento descentralizado e articulado do SUS, bem como a existência de políticas nacionais de saúde.

Nesse contexto, o gerente de serviços de saúde torna-se fundamental para as instituições, uma vez que ele possui condições de transmitir direção e sentido para os trabalhadores sob sua responsabilidade. Porém, o caráter transformador dos processos de trabalho e dos serviços de saúde não são exclusivamente de responsabilidade do gerente, haja vista que este sujeito é ‘condicionante do’ e ‘condicionado pelo’ modo de produção de serviços de saúde (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2011; MERHY, 2013). Portanto, o processo de gestão pode ser influenciado tanto por fatores micropolíticos, por meio dos vários sujeitos, quanto por fatores macropolíticos, como aspectos econômicos, sociais e políticos (FERRAZ; GOMES; MISHIMA, 2011; MERHY, 2013).

A Lei nº 6794 de 19 de dezembro de 1994, do município de Belo Horizonte, criou a função pública de Gerente de Unidade de Saúde e regulamentou as suas funções, dentre elas: dirigir a Unidade, zelando pela qualidade dos serviços prestados; planejar e programar, em colaboração com a equipe técnica multiprofissional, as ações de saúde a serem desenvolvidas na área de abrangência; supervisionar as ações desenvolvidas e a produção de cada servidor lotado na Unidade; encaminhar a programação da Unidade ao Distrito Sanitário para consolidação; coordenar as atividades-meio necessárias para o funcionamento da Unidade; promover reuniões de trabalho objetivando a integração e a articulação da equipe multiprofissional da prestação de serviços de saúde; promover, junto à equipe técnica multiprofissional, a coleta, sistematização e análise das informações de saúde da Unidade, encaminhando sua consolidação ao Distrito Sanitário; responder pela administração de pessoal, recursos materiais, manutenção de equipamentos e instrumental e zeladoria das instalações e gerenciar os recursos financeiros alocados na Unidade (BELO HORIZONTE, 2016).

Considerando as funções de responsabilidade do gerente, é fundamental que ele se atente para as condições em que vive a população da sua área de abrangência, para que consiga desempenhar de forma satisfatória todas as suas atividades. Afinal, como afirmam Sant'anna e Hennington (2010), o conceito da vulnerabilidade deve ser considerado no trabalho em saúde, revendo assim os saberes científicos, com o intuito de agregar novos conhecimentos para a construção das atividades em saúde.

Uma estratégia robusta, descrita por Silva e colaboradores (2014) para enfrentar os problemas de saúde que envolvem questões sociais complexas, é a intersetorialidade. Isso porque, como afirmam esses autores, a intersetorialidade se configura com um espaço adequado de discussão conjunta e articulação coletiva para a resolução desses problemas sociais de difícil resolução a favor da promoção da saúde (SILVA *et al*., 2014). Entretanto, para que estas ações integradas ocorram, faz-se necessário que os trabalhadores repensem suas atividades até então centradas no modelo biomédico e transformem suas práticas, como relatam Sant'anna e Hennington (2010), cabendo ao gerente fomentar essa discussão e criar meios para que essas ações se materializem no cuidado ofertado.

Segundo Buss e Pellegrini (2007), as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Dados como renda, educação, trabalho, lazer e inserção social podem ser tão influentes no quadro de saúde de uma população quanto os fatores tidos como causas diretas dos agravos à saúde.

Dentre as regionais da cidade de Belo Horizonte, chama a atenção a Regional Norte, por se encontrar, atualmente, em um quadro de contrastes: de um lado bairros com população de melhor poder aquisitivo e infraestrutura urbana e, de outro, bairros e vilas com população carente que oferecem aos seus moradores condições mínimas de moradia (BELO HORIZONTE, 2016). É a região que concentra maior número de conjuntos habitacionais para a população de baixa renda, promovidos pelo poder público, e que sofreu uma ocupação gradativa e desordenada (BELO HORIZONTE, 2016). Além disso, ela é considerada a regional mais vulnerável da cidade devido ao elevado número de população de elevado e muito elevado risco que ela atende. Silva, Alvarenga e Oliveira (2012) destacam que a população em situação de vulnerabilidade se encontra mais suscetível aos processos de adoecimento, sendo necessário um olhar diferenciado para as

necessidades dessas famílias e respostas mais efetivas às suas demandas que, muitas vezes, vão além das questões da saúde, abrangendo principalmente aspectos sociais.

Para que os profissionais e gerentes sejam capazes de mudar seu processo de trabalho, passando a considerar, inclusive, as necessidades dos usuários em situação de vulnerabilidade, o trabalho precisa ser entendido e vivenciado como importante para eles, passando a ter valor, o que os leva a se mobilizarem para implementá-lo. Morin e Gagné (2009) relatam que o sentido que a pessoa atribui ao trabalho está diretamente ligado ao seu comprometimento com a organização, além de poder ter efeitos positivos sobre a sua saúde mental. Entretanto, para que esse sentido seja construído, é importante que a organização das tarefas seja favorável à eficiência e que os objetivos esperados, assim como os resultados almejados, estejam claros e sejam significativos para os profissionais que o realizam (MORIN, 2001). Portanto, o sentido do trabalho depende da integração entre o profissional e o seu trabalho, dos seus valores, dos seus anseios e das suas atitudes no desempenho do seu trabalho diário (MORIN; GAGNÉ, 2009).

Aliado a isso, é fundamental que o gerente busque superar os obstáculos que o serviço apresenta, como a falta de profissionais, materiais e recursos, mediando ainda os relacionamentos interpessoais dentro da unidade, conseguindo, assim, prestar uma assistência baseada nos princípios do SUS, para uma população que vem só aumentando ao longo do tempo (FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Além disso, Franco, Santos e Salgado (2011) ressaltam que os gerentes precisam estar qualificados, reconhecendo os instrumentos e ferramentas mais importantes para o seu trabalho, possibilitando que identifiquem as potencialidades e otimizem o trabalho da sua equipe. Gricoletto e Ramos (2012) ainda afirmam que o gerente tem o papel de exercer e desenvolver a liderança em relação às equipes de saúde da família, transformando ideias, intenções e metas em resultados e participando, assim, ativamente dos processos de planejamento dessas equipes.

Considerando a normatização das atribuições do gerente da Atenção Primária à Saúde, aliado ao seu processo seletivo, observa-se que profissionais de diferentes categorias têm assumido esse cargo, passando então a desempenhar atividades diversificadas e complexas. Atualmente, a inserção de qualquer profissional no cargo gerencial é determinada pela Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0356/2018, publicada em 05 de setembro de 2018, que define os critérios de seleção para

preenchimento da vaga de Função Gratificada de Gerente de Unidade de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, estando ela de acordo com a Lei nº 6.794 de 19 de dezembro de 1994.

Nessa portaria constam os requisitos que o candidato deve ter para participar desse processo interno e também as etapas de seleção. Essa seleção é realizada por uma banca examinadora formada por quatro a seis membros e é composta por seis etapas: análise de currículo, proposta de gerenciamento, exposição de motivos, prova escrita, dinâmica de grupo e entrevista. Ao se candidatar ao cargo de gerente, o profissional tem a opção de escolher a Unidade Básica de Saúde na qual irá atuar.

São sabidas as diversas motivações que impulsionam as pessoas a escolherem ocupar o cargo de gerente em uma organização. Dentre elas destacam- se o status, aumento da remuneração salarial, necessidade de visibilidade, poder e ego. A despeito das motivações mencionadas, o fato de trabalhadores desejarem assumir cargos gerenciais na regional Norte, apontada como a mais vulnerável da cidade chama a atenção, principalmente quando se considera que a ocupação do cargo é opcional, estando o profissional com vaga garantida, via concurso. Afinal, nos processos seletivos para escolha de gerentes que aconteceram nos últimos cinco anos nessa regional, surgiram diversos profissionais interessados, não havendo assim grandes dificuldades de escolha. Esse desejo gera inquietação porque nesses locais há uma população que depende em quase sua totalidade do SUS, exigindo da equipe e, consequentemente, do gerente, atendimento multiprofissional e bastante complexo para que se consiga acolher as demandas de forma adequada e ofertar um cuidado de qualidade.

Diante disso, considerando a atuação de gerentes da Unidade de APS em uma regional com alto índice de vulnerabilidade, surge a seguinte indagação: como se configuram os sentidos do trabalho para os gerentes que atuam em Unidades Básicas de Saúde localizadas em uma Regional com alto índice de vulnerabilidade?

Estudos voltados para os sentidos do trabalho foram desenvolvidos em diversas áreas, como salientado por Tolfo e Piccinini (2007). Entretanto, não há estudos sobre essa temática abordando gerentes da saúde, principalmente considerando o contexto da vulnerabilidade, sendo importante o aprofundamento nessa temática devido à lacuna existente na literatura.

Ressalta-se também que os resultados desse estudo poderão contribuir na (re)organização das práticas gerenciais na atenção primária, projetando meios para

que os gerentes atuem na busca de melhorias para a população assistida e na resolutividade das necessidades de saúde.

Destaca-se ainda que, no contexto de alta vulnerabilidade, no qual esses gerentes estão inseridos, é fundamental que o trabalho tenha sentido para que eles atuem em consonância com os princípios do SUS, sendo capaz de promover a integralidade e equidade da atenção, além de terem satisfação e prazer no trabalho que realizam. Afinal, a satisfação profissional e a participação nos processos de trabalho são de fundamental importância para que os profissionais continuem desejando desempenhar a função gerencial.

2. OBJETIVO

Compreender os sentidos do trabalho para os gerentes que atuam em Unidades Básicas de Saúde localizadas em uma Regional com alto índice de vulnerabilidade.

3. APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

3.1 OS SENTIDOS DO TRABALHO

O termo “sentido do trabalho” é uma expressão que, segundo Rodrigues, Barrichello e Morin (2016), pode ser definida com a ajuda da intuição, levando em consideração o conhecimento adquirido ao longo da vida e até pelo senso comum. Para esses autores, essa construção não é fácil, uma vez que para um trabalho para ter sentido ou não, é necessário perpassar por questões como a subjetividade e a interpretação aliadas a fatores culturais e sociais. Quando investigado por grandes autores, o termo também não é de simples definição, pois ele aparece frequentemente associado a conceitos como motivação, empenho e satisfação no trabalho (RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2016).

Um dos principais estudos sobre os sentidos do trabalho foi realizado pelo grupo MOW (*Meaning of Work*), em oito países, entre 1981 e 1983. Os pesquisadores desse grupo agruparam esses dados empíricos sobre o significado e o sentido do trabalho em 3 categorias principais: a centralidade do trabalho, as normas sociais sobre o trabalho e os resultados valorizados. A centralidade do trabalho é entendida como o grau de importância que o trabalho assume na vida de uma pessoa. As normas sociais dizem respeito às recompensas obtidas pelo trabalho, gerando no trabalhador a percepção de justiça no que se refere a sua contribuição com o trabalho quando comparado ao que recebe por ele. Finalmente, os resultados valorizados do trabalho são os valores relacionados aos motivos que levam uma pessoa a trabalhar (VECCHIO, 1987).

Morin (1996, 1997, 2002), baseada nos trabalhos do grupo MOW, pesquisou o sentido do trabalho entre os administradores residentes no Quebec e na França e concluiu que existem três condições que auxiliam na construção do sentido conferido ao trabalho: multiplicidade das atividades realizadas, identidade com o trabalho e o ato de realizar uma tarefa do início ao fim.

Para Morin (2004), existem três abordagens afetivas principais para o estudo dos sentidos do trabalho: o significado, a orientação e a coerência. O significado do trabalho se refere às representações que o trabalho assume e o seu valor a partir da percepção do sujeito. A orientação do sujeito faz referência à sua inclinação pelo trabalho, aliado ao que ele está buscando e as intenções que orientam suas ações.

A coerência é o equilíbrio entre o sujeito e o trabalho que ele faz, juntamente com suas expectativas, valores e ações diárias no trabalho (MORIN, 2004).

Além disso, no que diz respeito às concepções dos sentidos do trabalho, Morin, Tonelli e Pliopas (2007) afirmam que existem três dimensões a serem consideradas: a dimensão individual, a dimensão organizacional e a dimensão social. A dimensão individual está relacionada com o sentido que o trabalho assume para o próprio sujeito abordando aspectos como: satisfação pessoal, autonomia e sobrevivência (remuneração salarial), aprendizagem e crescimento, bem como a construção da sua identidade. A dimensão organizacional está interligada à relação do sujeito com a organização, no que se refere a duas características: utilidade (o produto do trabalho precisa ter um propósito) e relacionamento (interpessoal e o reconhecimento por alguém da organização sobre a utilidade do trabalho desenvolvido). Já a dimensão social está ligada à relação do sujeito com a sociedade, baseada em sua inserção e contribuição (MORIN; TONELLI; PLIOPAS, 2007). Percebe-se que essas dimensões estão interligadas com as abordagens afetivas dos sentidos do trabalho no que diz respeito às questões do sujeito com o seu trabalho e às relações do seu trabalho com a organização e a sociedade.

Nesse contexto, Morin (2002) explicita seis características que concedem sentido ao trabalho: a utilidade do resultado do trabalho realizado; a capacidade dele gerar prazer; a necessidade de ser moralmente aceitável, justo e responsável; a capacidade de permitir a construção de relações interpessoais satisfatórias e a possibilidade de garantir a segurança por meio de um salário digno e que não permita o ócio (MORIN, 2002).

Quando um indivíduo desempenha um trabalho significativo, ele constrói sua identidade, seu valor e dignidade, além de contribuir para a melhoria de suas condições de vida e de sua comunidade (MORIN, 2004). As instituições devem oferecer aos seus profissionais a possibilidade de realizar um trabalho que tenha sentido, de desenvolver e colocar em prática suas competências, exercendo seus julgamentos e autonomia, aliado ao conhecimento da evolução do seu desempenho profissional para que ele possa se ajustar, caso julgue necessário (MORIN, 2001). Portanto, para que o trabalho seja desenvolvido de forma satisfatória, é fundamental que o profissional encontre sentido em sua realização, exercendo sua autonomia e competência profissional, de forma que o cuidado prestado seja realizado de forma prazerosa e responsável.

Assim, Silva e Simões (2015) afirmam que o estudo do sentido do trabalho assume cada vez maior importância no contexto das organizações pois aperfeiçoa as relações entre os trabalhadores e a organização, à medida que se apresenta como uma questão bastante atual. Morin (2004) corrobora tal proposição ao relatar que quando o trabalho não tem sentido, ele é visto como um problema para o trabalhador e, consequentemente, também o será para a organização, uma vez que esse trabalhador terá dificuldades em desempenhar de forma adequada as funções a ele delegadas.

Em contrapartida, ao pensar em trabalho com sentido, o filósofo Alain de Bottom (2009) admite que se vive atualmente um constante questionamento acerca do real valor que o trabalho assume e seu propósito na vida dos indivíduos. Ressalta-se que Estelle Morin aborda questões objetivas ao estudar a construção dos sentidos do trabalho para diversos profissionais.

Entretanto, na área da saúde essa construção do sentido do trabalho transcende questões objetivas e assume um sentido ético-político que perpassa a dimensão individual, a organizacional e a social. Significa que essa construção rompe com a identidade conservadora e com a neutralidade ética e política, estando o sentido do trabalho cada vez mais comprometido com os direitos dos sujeitos. Portanto, dentro desse contexto, reforça-se a relevância da realização de estudos voltados para a compreensão do sentido do trabalho para os profissionais inseridos nas organizações da saúde.

3.2 A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O termo “vulnerabilidade” utilizado na literatura geral é aplicado no sentido de desastre, perigo e risco (NICHIATA *et al*., 2008). Derivada do latim, do verbo *vulnerare*, significa “provocar um dano, uma injúria” (ADAY, 1993). O conceito de vulnerabilidade tem seu início no campo dos direitos humanos, sendo originado a partir de discussões sobre os direitos de cidadania de grupos sociais considerados frágeis (NICHIATA *et al*., 2011). Particularmente na área da saúde, o termo vulnerabilidade emerge no começo da década de 1980 como uma forma de interpretação da disseminação da epidemia da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* – em português: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) pelo mundo

(MUNOZ- SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Ayres e colaboradores (2009) definem vulnerabilidade como

> a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2009, p. 127).

Existem muitas fontes de vulnerabilidade, de forma que Rogers e Ballantyne (2008) estabeleceram a seguinte classificação: vulnerabilidade intrínseca e extrínseca. A intrínseca é causada por fatores individuais das pessoas como as características biológicas. A extrínseca, em contrapartida, é ocasionada por circunstâncias externas, como a escassez de direitos sociais e políticos, incluindo também as questões socioeconômicas inadequadas. Assim, percebe-se que as pessoas e/ou grupos sociais podem não ser sempre vulneráveis, mas podem estar vulneráveis devido a circunstâncias específicas (ROGERES; BALLANTYNE, 2008).

Ao aproximar aspectos individuais e coletivos, Ayres *et al*. (2009) já afirmavam que para a análise da vulnerabilidade é preciso a avaliação articulada de três eixos que são interligados entre si: os componentes individual, social e programático. O componente individual é entendido como a quantidade e a qualidade das informações que as pessoas possuem sobre uma inquietação, incluindo a sua capacidade de interpretá-las e colocá-las em prática no seu cotidiano. Além disso, ainda é considerada a capacidade dessas pessoas de modificar essas inquietações em práticas transformadoras. Já o componente social está relacionado à capacidade do indivíduo de obter informações, incluindo a habilidade de processá-las e efetivar mudanças práticas. Ressalta-se, no entanto, que essa capacidade não se restringe aos aspectos individuais, mas considera também o acesso aos meios de comunicação e aos demais recursos materiais. E, em se tratar do componente programático, entende-se a análise da capacidade de resposta dos recursos sociais que os indivíduos necessitam para se proteger das condições socialmente dadas de vulnerabilidade (AYRES *et al*., 2009).

Para fins desse estudo, utilizou-se o conceito de vulnerabilidade como a junção desses três eixos: individual, social e programático. Isso porque, pensando nas condições de vida nas quais a maioria dos residentes da Regional Norte estão submetidos cotidianamente, somente a junção desses três conceitos conseguirá

abordar de forma mais adequada a realidade de vulnerabilidade em que estão inseridos.

No que tange à atenção primária, Silva, Alvarenga e Oliveira (2012) relatam que dentro da vigilância em saúde, uma das importantes atribuições desse nível de atenção engloba também o monitoramento das famílias residentes no território, recebendo especial atenção aquelas que estão em situação de vulnerabilidade. Chiesa (2009) corrobora essa afirmação e ainda infere que o objetivo desse monitoramento é conhecer as necessidades de saúde dessas famílias para, baseado nisso, propor intervenções.

Desse modo, é fundamental que as equipes de saúde existentes na atenção primária conheçam as famílias em situação de vulnerabilidade residentes em seu território e, conforme suas necessidades e demandas, proponham ações, reorganização de suas agendas e readequação do planejamento de suas atividades, respeitando, assim, os princípios da universalidade e da equidade propostos pelo SUS. Dessa forma, o atendimento prestado poderá ser mais assertivo e efetivo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da atuação de equipes multiprofissionais, deve desenvolver suas práticas por meio do conhecimento e vivências do território, considerando as peculiaridades locais, bem como as necessidades da comunidade em que as equipes estão inseridas (PINTO *et al*., 2017).

Ainda nesse contexto, Munoz-Sanchez e Bertolozzi (2007) afirmam que é extremamente importante considerar, no conceito de vulnerabilidade, o seu aspecto multidisciplinar quando se refere aos problemas e necessidades de saúde. Quando se trata de saúde, é necessário reunir diversos saberes para que se consiga intervir efetivamente nas causas dos problemas da população, contemplando assim o processo saúde-doença de forma integral. Nesse sentido, é reforçada a importância da intersetorialidade na atenção primária, principalmente para responder as demandas trazidas pela população em situação de vulnerabilidade, visto a complexidade das necessidades que essa população possui e o meio escasso de recursos no qual estão inseridas.

Para que a oferta em saúde na atenção primária aconteça de forma efetiva para a população residente no meio urbano, considerando suas vulnerabilidades e adversidades, segundo os princípios do SUS da equidade, integralidade e

universalidade, é preciso conhecer e incorporar suas características e fluxos (PINTO *et al*., 2017).

Portanto, considerar as necessidades da população em situação de vulnerabilidade configura-se como um papel extremamente relevante da estratégia de saúde da família na medida com que ela está atuando em conformidade com os princípios do SUS, sendo eles os norteadores primordiais na oferta do cuidado da saúde.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo e analítico, em virtude da possibilidade de investigar determinada realidade social, ultrapassando sua superficialidade e indo além de dados quantificáveis respondendo, assim, as inquietações ligadas à dinâmica da função gerencial. A abordagem qualitativa possibilita visualizar o objeto de estudo considerando seus condicionantes, sua especificidade e as relações que o permeiam, permitindo analisá-lo e interpretá-lo (MINAYO, 2013).

A subjetividade da temática relacionada aos sentidos do trabalho fez com que fosse adotada a abordagem qualitativa, haja vista a possibilidade de abarcar aspectos da psique e do comportamento humano e, assim, trazer à tona aspectos psicológicos revelados pelo indivíduo. Além disso, ela tem a capacidade de proporcionar conhecimento mais dinâmico da realidade social, se atendo a uma realidade que não pode ser quantificada, podendo responder a questões subjetivas, porque trabalha um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013). Visa apreender as várias dimensões dos fenômenos em sua manifestação real, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivenciada, auxiliando a compreensão do indivíduo no seu contexto. Marconi e Lakatos (2009) afirmam que esse tipo de pesquisa pode ser caracterizado como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados.

Assim, ressalta-se que o trabalho gerencial configura-se como um objeto permeado por seu caráter subjetivo, repleto de singularidades características do seu contexto, o que reforça a utilização desse percurso metodológico, uma vez que ele possibilita a compreensão dos significados atribuídos pelos participantes ao seu trabalho, considerando a atenção primária à saúde, abarcando assim as singularidades dos gerentes e percepções que estes possuem acerca das práticas que realizam (MINAYO, 2013).

4.2. CENÁRIO DO ESTUDO

Para realização do estudo, delimitou-se como cenário as Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte do Município de Belo Horizonte. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), coletados no último Censo em 2010, Belo Horizonte possui 331,401 Km² com população estimada em 2.375.151 habitantes. Conforme demonstrado pela **Figura 1**, a cidade é dividida em nove Regiões Administrativas, que são subdivisões gerenciais do Município, sendo elas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2016).

Figura 1 - Regiões Administrativas de Belo Horizonte.

Fonte: BELO HORIZONTE, 2019.

Essa divisão atende à necessidade de descentralização e coordenação de programas e atividades adequados às particularidades de cada região da cidade. A administração por Regiões Administrativas favorece a interlocução entre a administração municipal e a sociedade local, proporcionando a democratização da gestão e o gasto mais eficiente dos recursos públicos (BELO HORIZONTE, 2011).

As nove Diretorias Regionais de Saúde SMSA-BH (DRES), nome dado pela gestão atual aos distritos sanitários, possuem a função "meio", ou seja, realizam a intermediação das informações entre os níveis local e central, além de prestarem apoio aos gerentes e equipes das unidades de saúde com o foco em uma assistência de qualidade para os usuários, muitas vezes por meio da vigilância em saúde. Portanto, as Regionais, como são usualmente tratadas pela população, assumem o papel de coordenação local e cada uma possui peculiaridades bem distintas uma das outras (BELO HORIZONTE, 2011).

A Região Norte apresentou um crescimento desordenado, ocupando áreas inapropriadas para habitação. Foram erguidas moradias em morros, áreas íngremes e às margens de córregos, com elevado risco para esses moradores (BELO HORIZONTE, 2011). Essa região sempre teve dificuldades de ocupação, por tratar-se de um maciço rochoso, formado por rochas graníticas, apresentando linhas de serra (BELO HORIZONTE, 2011). Atualmente, a Regional Norte é composta por 20 Unidades Básicas de Saúde distribuídas na região para realizar o atendimento à população desse local.

Comparando essas nove regionais da cidade, percebe-se, de acordo com a tabela a seguir, segundo o último censo do IBGE (2010), que a regional Norte é a que possui maior número de população de elevado e muito elevado risco, totalizando quase 50% do total da sua população. Assim, é considerada a regional mais vulnerável da cidade (**Tabela 1**).

O índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) utilizado para calcular o risco de cada família, foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2012, com dados do Censo Demográfico de 2010 (BELO HORIZONTE, 2013). Ele é uma combinação de oito variáveis divididas em duas dimensões: saneamento básico e condições socioeconômicas. É utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde/PBH a fim de apontar áreas prioritárias para intervenção e alocação de recursos (BELO HORIZONTE, 2016).

Tabela 1 - População de Belo Horizonte por Risco segundo o Distrito Sanitário.

Distrito Sanitário	Muito elevado	Elevado	Médio	Baixo	Total
TOTAL	173.984 (7,3%)	452.418 (19,1%)	945.410 (39,9%)	798.797 (33,7%)	2.370.609 (100%)
BARREIRO	24.359 (8,7%)	68.069 (24,1%)	170.794 (60,5%)	18.962 (6,7%)	282.184 (100%)
CENTRO SUL	26.902 (9,5%)	31.081 (11,0%)	2.471 (0,9%)	222.225 (78,6%)	282.679 (100%)
LESTE	22.379 (9,4%)	35.508 (14,9%)	83.386 (35,0%)	96.992 (40,7%)	238.265 (100%)
NORDESTE	16.075 (5,6%)	63.456 (21,9%)	138.361 (47,8%)	71.628 (24,7%)	289.520 (100%)
NOROESTE	5.839 (2,2%)	28.413 (10,6%)	130.370 (48,7%)	103.223 (38,5%)	267.875 (100%)
NORTE	29.089 (13,8%)	71.047 (33,7%)	94.119 (44,6%)	16.641 (7,9%)	210.896 (100%)
OESTE	21.258 (6,9%)	52.586 (17,1%)	94.347 (30,6 %)	139.703 (45,4%)	307.894 (100%)
PAMPULHA	10.128 (4,5%)	26.748 (11,9%)	66.841 (29,7%)	121.238 (53,9%)	224.955 (100%)
VENDA NOVA	17.955 (6,7%)	75.510 (28,3%)	164.721 (61,9%)	8.185 (3,1%)	266.371 (100%)

Fonte: BELO HORIZONTE, 2013.

4.3. COLETA DE DADOS

Foram utilizados como instrumento de coleta de dados duas fontes de evidência: a entrevista individual com roteiro semiestruturado (APÊNDICE I) e a observação.

As entrevistas aconteceram de forma individual, com data e horário previamente agendados entre o pesquisador e o gerente, em locais reservados dentro das Unidades Básicas de Saúde, permitindo assim a manutenção do sigilo das declarações. Elas foram gravadas a fim de garantir a veracidade dos dados e, posteriormente, foram transcritas para análise. A coleta ocorreu nos meses de setembro de 2018 a março de 2019 e, durante a permanência do entrevistador no Centro de Saúde para a realização da entrevista, aconteceu concomitantemente a observação, sendo as percepções do pesquisador registradas em um diário de campo. A entrevista foi escolhida por ser capaz de obter dados objetivos e subjetivos uma vez que os valores e as reflexões dos participantes são imprescindíveis para responder aos questionamentos deste estudo (MINAYO, 2013).

Essa autora ainda ressalta que a entrevista é uma conversa destinada a construir informações sobre o objeto de pesquisa, que possibilita obter reflexões do próprio participante sobre a realidade que vivencia, constituindo uma representação real do contexto no qual está inserido (MINAYO, 2013). Assim, a realização da entrevista justifica-se pela necessidade de compreender as atitudes e o sentido que os participantes conferem às suas ações, bem como as inquietações vivenciadas por eles (POUPART *et al*., 2004).

A entrevista com roteiro semiestruturado merece atenção especial, sendo descrita como “uma das mais importantes fontes de informações” (YIN, 2015, p. 116), pois traz elementos privilegiados do contexto de vida do participante. Ela permite que o pesquisador tenha uma participação ativa no processo de entrevista podendo ultrapassar as questões pré-estabelecidas no roteiro, quando necessário. Além disso, permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2013). A entrevista é capaz de obter dados objetivos e, principalmente, subjetivos, sendo que os valores e as reflexões do sujeito são imprescindíveis para responder aos questionamentos do estudo (MINAYO, 2013).

A outra estratégia de coleta de dados utilizada foi a observação individual, realizada nos momentos que antecediam as entrevistas, durante e após seu término. Foi utilizada a observação não estruturada e não-participante. Na primeira, o registro dos fatos da realidade e das impressões do pesquisador acontece sem que se utilize meios técnicos especiais e ele tem a liberdade na sua observação. Na segunda, o observador tem contato com o participante, mas não se integra à comunidade observada (MARCONI; LAKATOS 2006). Segundo Queiroz e colaboradores (2007), a observação auxilia de forma significativa o pesquisador e sua maior vantagem está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato.

A observação das ações desempenhadas pelo gerente foi importante e constituiu um meio de perceber e compreender as práticas gerenciais desses profissionais no seu cotidiano de trabalho, principalmente as singularidades que eles vivenciavam em sua prática. As anotações foram feitas em forma de notas de observação, identificadas por data de ocorrência, e corresponderam às impressões da pesquisadora sobre o cotidiano de trabalho do gerente, sendo utilizadas para contextualizar os dados.

De acordo com Tjora (2006), a entrevista e a observação são técnicas de coleta de dados interativas, visto que a entrevista leva o pesquisador para a observação, enquanto que as observações podem auxiliar nos aprofundamentos necessários durante a análise das entrevistas.

4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram todos os gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte de Belo Horizonte, exceto a gerente da UBS Guarani, por ser a pesquisadora do presente estudo, totalizando assim 19 profissionais entrevistados.

Mediante a análise dos dados obtidos nos formulários de identificação, foi traçado o perfil dos participantes dessa pesquisa. No que se refere à faixa etária, a idade dos gerentes variou entre 30 e 69 anos, com predomínio de 40 a 49 anos (42,11%). Quanto ao estado civil, percebeu-se a predominância de gerentes casados (63,16%), sendo os demais gerentes divididos entre solteiros (21,05%), divorciados (10,53%) e viúvos (5,23%). É importante destacar que dentre os casados, houve um percentual significativo de gerentes que tinham filhos, correspondendo a 84,21%.

Dentre os entrevistados, identificou-se o predomínio de 17 do sexo feminino, (89,47%), o que evidencia a participação da mulher em atividades gerenciais. Esse dado está em consonância com diversos estudos atuais ao retratar a transposição da ideia de gerência como espaço fundamentalmente masculino (BRITO *et al.*, 2015).

Tabela 2 - Perfil dos participantes da pesquisa realizada nas Unidades Básicas Saúde da Regional Norte de Belo Horizonte, 2018.

(continua)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	2	10,53%
Feminino	17	89,47%
Faixa etária (anos)		
30 ≥ 39	4	21,05%
40 ≥ 49	8	42,11%
50 ≥ 59	6	31,58%
60 ≥ 69	1	5,26%

Cor autodeclarada		
Branco	12	63,15%
Pardo	7	36,85%
Preto	0	0,00%
Estado Civil		
Solteiro	4	21,05%
Casado	12	63,16%
Divorciado	2	10,53%
Viúvo	1	5,26%
Filhos		
Sim	16	84,21%
Não	3	15,79%
Profissão		
Assistente Social	3	15,79%
Cirurgião Dentista	3	15,79%
Enfermeiro	11	57,90%
Médico Veterinário	1	5,26%
Terapeuta Ocupacional	1	5,26%
Tempo de formação (anos)		
6 ≥ 10	1	5,26%
11 ≥ 15	6	31,58%
16 ≥ 20	5	26,31%
21 ≥ 25	2	10,53%
26 ≥ 30	2	10,53%
31 ≥ 35	2	10,53%
36 ≥ 40	0	0,00%
41 ≥ 45	1	5,26%
Curso de pós-graduação		
Inexistente	4	21,05%
Especialização e MBA	15	78,95%
Tempo no cargo de gerência na unidade (anos)		
0 ≥ 5	12	63,16%
6 ≥ 10	4	21,05%
11 ≥ 15	2	10,53%
16 ≥ 20	0	0,00%
20 ≥ 25	1	5,26%
Índice de vulnerabilidade Social (IVS) da unidade atuante		
IVS: B	3	15,78%
IVS: C	8	42,11%
IVS: D	8	42,11%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Conforme pode ser observado na **Tabela 2**, foi identificado um grupo heterogêneo de gerentes quanto à formação profissional, com predomínio de enfermeiros (57,90%), seguido da divisão igualitária entre assistente social (15,79%) e cirurgião dentista (15,79%), bem como médico veterinário (5,26%) e terapeuta ocupacional (5,26%). Coatto e Traldi (2011) já afirmavam que, dentre os profissionais que atuam na área da saúde, os enfermeiros, em seu cotidiano de trabalho, demonstram maior interesse, vocação e preparo para assumir o cargo gerencial. Isso acontece porque existem investimentos claros nesse sentido, orientados pelas políticas públicas nas áreas da saúde e da educação, reforçados pela legislação profissional (COATTO; TRALDI, 2011).

No que tange ao tempo de formação profissional, observou-se a variação entre 6 e 45 anos, com maior destaque para o período de 11 a 15 anos (31,58%), seguido de 16 a 20 anos (26,32%). As demais faixas foram divididas igualmente entre 21 a 25 anos (10,53%), 26 a 30 anos (10,53%) e 31 a 35 anos (10,53%). Os que possuíam menor tempo de formação (entre 6 a 10 anos) e os que possuíam maior tempo (41 a 45 anos) corresponderam a 5,26% cada, obtendo a menor porcentagem.

No que se refere ao aperfeiçoamento profissional, percebeu-se o predomínio de cursos de pós-graduação na modalidade especialização e MBA, que totalizaram 78,95% dos entrevistados, sendo que os demais, 21,05%, não possuem cursos além da graduação. Destaca-se, entretanto, que dos 15 gerentes que possuem algum curso de aperfeiçoamento profissional somente 7, ou seja, 46,6% fizeram cursos voltados para a gerência. Esse retrato da presença de profissionais apenas graduados, ocupando cargos gerenciais, também foi apresentado no estudo de Ohira, Cordoni e Nunes (2014), representando-se ainda como um desafio na gerência da atenção primária brasileira. Em vista disso, ressalta-se que a qualificação dos profissionais é um dos caminhos para a profissionalização do gerenciamento em saúde.

No que concerne aos demais dados dos entrevistados ressalta-se a diversidade do tempo no cargo de gerente e do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) de cada Unidade Básica de Saúde. Salienta-se, desse modo, o maior predomínio de 0 a 5 anos (63,16%) que esses profissionais ocupam o cargo de gerente. Ademais, o IVS é de domínio igualitário entre C (42,11%) e D (42,11%), seguido de B (15,78%), na unidade atuante dos entrevistados.

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin, a fim de interpretar o significado das falas oriundas dos participantes nas entrevistas. A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2016), consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre o pesquisador e os participantes, visando obter a essência dos relatos por procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens. Ela objetiva superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação para atingir uma análise crítica de textos, biografias, observação ou entrevistas (MINAYO, 2013).

Para a realização da análise dos dados foram utilizados os depoimentos das entrevistas transcritos na íntegra, bem como as notas de observação registradas no diário de campo. Procedeu-se, então, à realização da Análise de Conteúdo cuja organização ocorre em torno de três fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A pré-análise destinou-se à organização do material no qual primeiramente se realizou a transcrição na íntegra das entrevistas, seguida da leitura flutuante das falas. Primeiro partiu-se de uma leitura livre de interpretações e, posteriormente, leituras exaustivas para atingir um nível mais aprofundado de análise. Para isso, a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados; articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características, quais sejam: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2013).

A fase de exploração do material foi constituída pela identificação, separação e categorização das falas que foi realizada previamente, com base no referencial teórico de Morin, Tonelli e Pliopas (2007), sendo agrupadas com base nos aspectos individuais, organizacionais e sociais que se referiam à construção do sentido do trabalho para os gerentes. Essa etapa foi extremamente importante porque possibilitou um enriquecimento das interpretações e inferências. Ressalta-se que nessa fase evidenciou-se também a interface da vulnerabilidade na construção do

sentido do trabalho para tais gerentes, sendo então agrupadas falas que se relacionavam a essa temática.

Na etapa de tratamento dos dados, na qual as inferências e interpretações foram realizadas, as falas categorizadas foram condensadas e tratadas à luz do referencial teórico, de forma a conferir significado e profundidade à análise do estudo. A partir das informações encontradas, foi possível ampliar o olhar para o objeto desse estudo, conferindo a ele uma análise crítica, sustentada pela literatura científica existente.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado “A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma de valores ético-morais e do sofrimento moral”. Ele tem como objetivo compreender a prática profissional de trabalhadores da saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde, sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Essa pesquisa já foi aprovada na Câmara de Departamento de Enfermagem Aplicada sob o parecer 15/2017 ENA. Em seguida, ele foi encaminhado ao Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte (**ANEXO A**) e, posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (**ANEXO B**).

O presente estudo respeitou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, que envolvem pesquisas com seres humanos, conforme Resolução CNS n° 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). Todos os gerentes que concordaram em participar do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para leitura e assinatura (**APÊNDICE II**).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados, emergiram duas categorias intituladas: “Sentidos do trabalho do gerente na Atenção Primária” e “A interface da vulnerabilidade no contexto do trabalho do gerente”. A primeira, que foi estabelecida a priori, aborda a construção do sentido do trabalho para esse profissional, considerando os aspectos individual, organizacional e social. A segunda categoria refere-se à construção do sentido do trabalho no contexto da vulnerabilidade.

5.1. SENTIDOS DO TRABALHO DO GERENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A presente categoria diz respeito aos resultados encontrados nesse estudo, referentes aos sentidos do trabalho para os gerentes. Tais achados foram agrupados de acordo com as três dimensões dos sentidos do trabalho elencadas por Morin, Tonelli e Pliopas (2007), sendo elas: a dimensão individual, a dimensão organizacional e a dimensão social.

5.1.1. Dimensão individual

A *dimensão individual* está relacionada ao sentido que o trabalho assume para o profissional e também para a construção da sua identidade. É nessa dimensão que o indivíduo demonstra satisfação pessoal com seu trabalho, percebe seu crescimento profissional e aprendizagem no trabalho, busca melhorar sua qualidade de vida por meio do trabalho, bem como reconhece a importância da autonomia como fonte de prazer no seu cotidiano profissional. Além disso, é nessa dimensão que ele tem consciência da importância do seu salário na sua sobrevivência e consegue perceber os elementos que o desmotivam a realizar seu trabalho diário.

Figura 2 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Individual.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora. 2019.

A identidade profissional é constantemente construída durante a formação e, no momento em que o profissional assume o cargo gerencial, observa-se a necessidade da construção de uma nova identidade que será desenvolvida na prática cotidiana. Isso porque o cargo gerencial é ocupado por diversas categorias profissionais da área da saúde, como foi percebido pelo perfil dos participantes, sendo eles: cirurgião-dentista, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médica veterinária e enfermeiros. Cada profissional com características distintas advindas de seu processo de formação, dado o curso de graduação realizado. Isso pôde ser percebido nos depoimentos de G4, G8 e G13.

> "É um lugar que eu gosto de estar, eu não penso sair dele, é um lugar que eu gosto. A gente brinca que a gerência é a cachaça do enfermeiro, porque é um lugar que a gente dá conta de atuar, que é gerencial, que é administrativo, e a assistência não desgruda da gente. É muito legal, eu gosto quando a equipe me chama para discutir um caso complexo, isso me motiva." (G4)

> "Eu acho que aqui, como gerente, eu sou muito mais necessária do que onde eu estava antes atuando como enfermeira. Isso porque aqui eu

> consigo produzir mais do que antes, interfiro mais nas situações e isso me dá ânimo para seguir." (G8)
>
> "Eu acho que eu contribuo mais como gerente do que como dentista no geral. Acho que nosso papel é muito grande, ele é amplo demais, ele nos permite fazer muita coisa pelas pessoas (...), mas mesmo assim, eu acho que a gente tem essa noção da importância desse trabalho que a gente tem aqui dentro da sociedade e para os nossos trabalhadores também." (G13)

Para Dubar (1997), a identidade é o resultado do processo de socialização e compreende aspectos relacionais e biográficos ligados à história e aos projetos pessoais, sendo constantemente reconstruída. No tocante aos achados do presente estudo, infere-se que a identidade gerencial é construída ao longo da prática, de forma distinta pelos diversos profissionais que assumem o cargo. E essa construção está atrelada à formação e à categoria profissional de cada gerente.

Ademais, a identidade é um processo dinâmico que é construído e re-construído considerando as experiências individuais e as relações inerentes ao trabalho. Nessa perspectiva, Morin (2002) salienta que o trabalho contribui para que o profissional construa a sua identidade, cabendo às instituições apresentar de forma clara as tarefas a serem desenvolvidas para que assim ele se sinta integrado e, consequentemente, incorpore essas experiências à sua identidade. Morin, Tonelli e Pliopas (2007) ainda inferem que a organização contribui significativamente para a construção da identidade das pessoas. Portanto, ao ocupar o cargo de gerente, percebe-se que o profissional desenvolve uma identidade gerencial para realizar seu trabalho de forma prazerosa e que a organização, aliada ao processo de trabalho gerencial, contribui significativamente para a construção dessa identidade.

Outro elemento salientado pelos participantes como significativo na construção do sentido do trabalho referiu-se ao crescimento profissional e aprendizagem no trabalho, uma vez que a prática do gerente é construída mediante suas percepções e vivências no dia a dia e com o usuário, configurando modos de aprender a ser e a fazer. Os participantes G1, G6 e G14 refletiram que a experiência e a interação com o usuário e as adversidades cotidianas promoviam o crescimento enquanto gerente, contribuindo na forma como eles enfrentavam e resolviam as demandas que envolviam suas práticas.

> ". . . o dia a dia, a nossa lida, como se diz, a gente vai ganhando experiência, vai se aprimorado no dia a dia com a lida com esse usuário que bate na minha porta." (G1)

> “Hoje eu falo que meu trabalho como gerente é um trabalho de mais qualidade, mais tranquilidade e serenidade, porque é muito tempo na gerência. Tudo isso vai moldando, você vai aprendendo a lidar com as diversidades de outra forma sem tanto estresse, e essa é a maior particularidade que eu vejo hoje. Eu encaro as dificuldades com muito mais tranquilidade, e ai eu consigo passar isso para minha equipe também.” (G6)

> “É um crescimento pessoal, é o meu crescimento profissional, eu acho que estar na gestão me proporciona aprendizado.” (G14)

Identificou-se que os participantes construíam a prática que desenvolviam pelas experiências que vivenciavam no cotidiano. A esse respeito, Morin, Tonelli e Pliopas (2007) afirmam que um trabalho com sentido passa a ser aquele que proporciona a obtenção de habilidades e conhecimentos, além de permitir o aprimoramento de competências do indivíduo. A vivência como gerente permitia que eles aprendessem e crescessem profissional e pessoalmente, de modo que isso refletia na prática profissional, aprimorando o trabalho e proporcionando satisfação.

A satisfação pessoal é um sentimento que varia entre as pessoas, uma vez que pessoas diferentes perante situações idênticas reagem e valorizam aspectos distintos. Os participantes G2, G4, G12 e G16 referiram que, embora fosse um trabalho difícil e desafiador, conseguir realizar o trabalho que acreditavam e observar os resultados positivos dele gerava satisfação e, assim, sentido ao trabalho.

> “. . . a nossa missão é fazer com que as pessoas sejam felizes, se a gente conseguir fazer isso um pouquinho, já me sinto realizada.” (G2)

> “. . .é um lugar que eu me encontro como profissional. Sempre gostei de trabalhar na ponta, na parte assistencial, mas, eu vejo hoje o lugar da gerência é muito prazer para mim, de todas as dificuldades que a gente tem nesse lugar é um lugar de muito prazer e desejo, é desafiador porque você tem uma comunidade carente.” (G4)

> “É um desafio a cada dia ser gerente de uma Unidade Básica de Saúde com todas as diversidades que a gente tem, não é fácil. Mas é gratificante a medida que você vê seu trabalhador se dedicar, a gente fez uma caderneta do idoso, abriu um sábado que foi superbacana, mas é um desafio constante.” (G12)

> “Não é um trabalho que me causa adoecimento, pelo contrário, acho que vai daquela questão da satisfação pessoal. Então assim, quando eu faço o balanço, eu vejo que o saldo dele é muito mais positivo em questão de realização pessoal, do que negativo, isso é sem dúvida.” (G16)

Essa satisfação pessoal que os gerentes relataram, gera motivação para o trabalho e impulsiona a pessoa a continuar desempenhando essa função. Para Morin, Tonelli e Pliopas (2007) o sentido de satisfação no trabalho está relacionado

à contribuição pessoal do indivíduo e ele ganha sentido se quem o executa tem a sensação de superar desafios e perceber sua contribuição e responsabilidade no trabalho executado.

Além disso, a complexidade do trabalho desempenhado pelos gerentes também se revelou como fonte de satisfação, prazer e realização profissional. G8 e G13 referiram que se sentir capaz e competente para atuar junto à equipe e à população, respondendo também as demandas distritais, era uma forma de visualizar que o trabalho estava sendo realizado de forma coerente com o "ser gerente", conferindo sentido ao que faziam.

> "É gratificante quando você consegue ver retorno da sua própria equipe. É essa coisa, de você saber que consegue gerenciar. Igual ontem, eu peguei o pedido de uma senhora que estava aqui, tinha tratado de um câncer de mama. É conseguir olhar para isso com um olhar diferenciado. Ela abandonou o tratamento, eu consegui entrar em contato e resolvi para ela retomar. Assim, a gente vê no coletivo e no dia a dia com cada um, com cada paciente que você consegue dar melhorias para a saúde deles, e é o gerente que tem que ter esse olhar." (G8)

> "A gerência foi ficando cada vez mais complexa. Eu tinha uma área de abrangência, sei lá de 8, 9 mil pessoas, aquele posto era enorme, hoje eu tenho uma área de abrangência de quase 19 mil pessoas com posto do mesmo tamanho. Hoje nós somos autoridade sanitária e temos que realizar a vigilância em saúde. Por um lado, eu acho isso ruim, mas quando percebo que eu consigo, isso me estimula." (G13)

Ter a consciência da importância do desempenho da sua função como gerente gera satisfação para o profissional à medida que ele se sente capaz e preparado para ocupar esse cargo. Em uma das visitas a um centro de saúde, havia em cima da mesa da gerente um presente e, ao examiná-lo, ela verbalizou que havia ganhado de uma usuária da comunidade que ela auxiliou na condução de um caso, juntamente com a equipe. Percebeu-se que a gerente estava extremamente feliz e verbalizou que eram aqueles pequenos gestos de reconhecimento que geravam satisfação para ela no trabalho diário (NO – Dezembro/2018).

A despeito da satisfação, a desmotivação dificulta que o gerente encontre sentido no seu trabalho, gerando frustração no desempenho da função gerencial. A respeito dos motivos que geram desmotivação, G7 relatou as dificuldades para gerenciar a sua equipe, G13 destacou a falta de reconhecimento tanto por parte da equipe quanto dos usuários e G19 se referiu aos obstáculos para realizar o trabalho devido ao número insuficiente de integrantes na equipe para a população adscrita.

> “Lógico que a equipe não vai melhorar a médio prazo ou em curto prazo, vai ser a longo prazo. Só que mesmo a longo prazo, assim, eu não estou vendo perspectiva. E isso está me desmotivando.” (G7)

> “(...) tem toda a falta de reconhecimento e as vezes isso nos frustra um pouco. Não se sentir reconhecida e não é pelo salário, reconhecimento mesmo do seu trabalho que a gente tem pouco, recebe poucos elogios e somos muito mais cobrados e criticadas.” (G13)

> “Eu tenho a equipe de vulnerabilidade com 4.000 usuários. É impossível, a área de invasão é de quase 5.000. Então, como que atende e faz um planejamento nessa área com essa população em uma só equipe? O trabalho fica a desejar pela quantidade. É muito ruim para nós, gerentes, saber o que a gente precisa mudar, mas não ter condições de mudar. A nossa população está doente, não adianta, e aí a gente acaba não fazendo promoção.” (G19)

O depoimento de G13 corrobora o estudo desenvolvido por Oyedele (2013), o qual aponta que um dos aspectos que causa desmotivação no profissional é a falta de reconhecimento do seu trabalho.

Em relação ao quantitativo populacional por equipe, como relatado por G19, de acordo com a regulamentação do Ministério da Saúde, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por uma população adscrita entre 2.000 a 3.500 pessoas, localizadas dentro do seu território. Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme a vulnerabilidade, os riscos e a dinâmica comunitária, facultando aos gerentes locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Almeida e Santos (2015) destacam a possibilidade de aumento do número de enfermeiros nas equipes, principalmente naquelas que atuam em áreas mais vulneráveis, ajustando-se ao perfil epidemiológico do território, de forma que possam compartilhar e executar ações mais assertivas no território e aumentar assim a sua resolubilidade. Dessa forma, observa-se a necessidade de redefinições nas práticas do gerente aliadas à readequação do número populacional por equipe no âmbito da Saúde da Família, para que ambos estejam coerentes e sincronizados. Essa insatisfação fragiliza a continuidade do trabalho prestado à medida que desmotiva o gerente a implementar ações e, principalmente, a acreditar no impacto do seu trabalho na vida dos usuários e da equipe.

Aliado a todas as questões de ordem não econômica, o profissional de saúde percebe o trabalho como fonte de renda, como o caminho para a independência financeira e, consequentemente, para a sua sobrevivência. Portanto, outro aspecto mencionado nas entrevistas e que contribui na atribuição de sentido que o trabalho assume para o profissional é a remuneração e questão salarial, como relatado por G2, G8 e G13.

> "O trabalho tem impacto positivo e negativo. Positivo pela satisfação do trabalho, remuneração, porque, na minha profissão, assim, não é grande, se eu tivesse em outro lugar. É uma boa remuneração." (G2)

> "Claro que a gente tem a motivação financeira, tem a profissional, não posso ser hipócrita também em falar que não. A gente estudou, fez um investimento e buscamos um retorno disso. Trabalhando como gerente não é tanto, mas não é tão pouco assim, comparando com situações da mesma categoria profissional." (G8)

> "Eu sou muito grata a esse trabalho que eu tenho, mesmo financeiramente, eu não fiquei rica, não vou ficar, mas o que eu tenho está bom, é o suficiente pra mim então eu sou grata de ter ingressado no serviço público." (G13)

Alguns participantes desse estudo ressaltaram a remuneração salarial como um fator importante e que gerava satisfação pessoal, reforçando que seu salário contribuía para o sentido que o trabalho possuía para ele. Para Morin, Tonelli e Pliopas (2007), o dinheiro adquirido como fruto do trabalho é associado à perspectiva de autonomia e independência do trabalhador. Entretanto, considerando os depoimentos dos gerentes no que se referiu à satisfação, prazer e crescimento no trabalho, a remuneração salarial não era a fonte de motivação exclusiva dos gerentes, sendo um complemento às outras questões citadas por eles.

Esses achados estão em consonância também com o estudo realizado por Régis e Porto (2011) que relatam que, entre os aspectos que geram sentido ao trabalho dos integrantes das equipes de saúde, o quesito salário apenas contribui para a motivação do profissional, juntamente com outros elementos, não sendo fator preponderante nessa construção de sentido e na consequente busca por satisfação no ambiente de trabalho. Dessa forma, a remuneração salarial foi considerada como um fator complementar na construção do sentido que o trabalho assumia na vida desses gerentes.

Outro aspecto da dimensão individual do sentido do trabalho relatado pelos participantes do estudo foi a busca pela qualidade de vida. Na fala de G11, a melhora na sua qualidade de vida estava atrelada à autonomia no desempenho de

suas tarefas profissionais e também no cumprimento flexível de sua carga horária. Já para G13, a melhora da qualidade vida no trabalho estava ligada à ambiência, que, para ele, perpassava pelo prazer em permanecer naquele lugar diariamente.

> “Hoje eu tenho qualidade de vida, porque hoje eu chego dentro do meu horário, eu saio dentro do meu horário, eu não tenho mais nada que resolver. Então, eu tenho meus horários, eu sei que eu cheguei em casa, se eu tenho que resolver alguma coisa do centro de saúde é alguma coisa que faltou para eu dar encaminhamento, mas que eu posso resolver em casa pelo telefone e saio dentro do meu horário, as vezes tem alguma reunião, alguma coisa, mas assim, sabe que você não extrapola aquilo que você pode fazer.” (G11)

> “Eu prezo pela ambiência no sentido de ser agradável, porque eu acho que a gente fica muitas horas no trabalho, muito mais do que na casa da gente. Então aqui tem que ser prazeroso, o trabalho não é só dinheiro, o nosso salário, você tem que ter prazer, gostar do que você faz. Eu lembro que há muitos anos atrás alguém falando assim: “você deveria trabalhar com aquilo que a gente faria até de graça.” (G13)

Os gerentes relataram que a qualidade de vida adquirida no trabalho era fundamental, pois se relacionava diretamente com o seu cotidiano. Na busca pela melhoria da ambiência do local de trabalho, alguns gerentes instalaram ventiladores ou ar condicionado portátil na sala que trabalhavam durante o dia, devido ao calor intenso no local, com o intuito de obter melhor qualidade de vida no trabalho (NO Janeiro/2019 e Fevereiro/2019). Morin e Gagné (2009) afirmam que a falta de condições de trabalho oferecidas pela instituição faz com que o profissional assuma atitudes arredias, modificando inclusive seus valores e aspirações.

Outro atributo do trabalho do gerente que se mostrou importante na construção do sentido que o trabalho assume para o profissional foi a autonomia. Campos (2013) ressalta que a autonomia deve ser um dos principais objetivos ou finalidades do trabalho em saúde. Essa característica é inerente ao cargo do gerente e faz parte da dimensão individual, conferindo satisfação e, consequentemente, sentido ao trabalho para esse profissional. Cabe ressaltar que, muitas vezes, os gerentes não tinham autonomia no desenvolvimento de suas atividades como profissional da área da saúde anteriormente. Dessa forma, a possibilidade de ter liberdade para ser resolutivo e tomar decisões de acordo com seus julgamentos foi explicitado nas falas de G3 e G15 ao relatarem a capacidade autônoma que possuíam para solucionar diversos problemas.

> “Porque o gerente pode fazer acontecer para a população que ele atende.” (G3)

> “Eu sou uma via rápida para tentar resolver algumas coisas. Eu acho que eu tenho esse poder que a gerência me dá de poder entrar em qualquer lugar, em qualquer meio e estar resolvendo.” (G15)

A autonomia que o cargo de gerente proporciona aliada ao fato de ter a possibilidade de modificar a realidade e melhorar a qualidade de vida da população confere sentido para o profissional que ocupa o cargo de gerente, principalmente porque ele se percebe resolutivo e competente. Para Franco, Santos e Salgado (2011) o gerente é reconhecido como um profissional que mobiliza e organiza os meios para que a instituição cumpra seu papel, atuando onde muitas vezes os processos de trabalho, as pessoas e os planos não convergem. Essa autonomia foi percebida também na efetivação de mudanças no espaço físico de algumas Unidades Básicas de Saúde, como a instalação de grades em portas e diminuição do espaço físico da cozinha, sem autorização prévia do distrito (NO – Setembro/2018 e Fevereiro/2019).

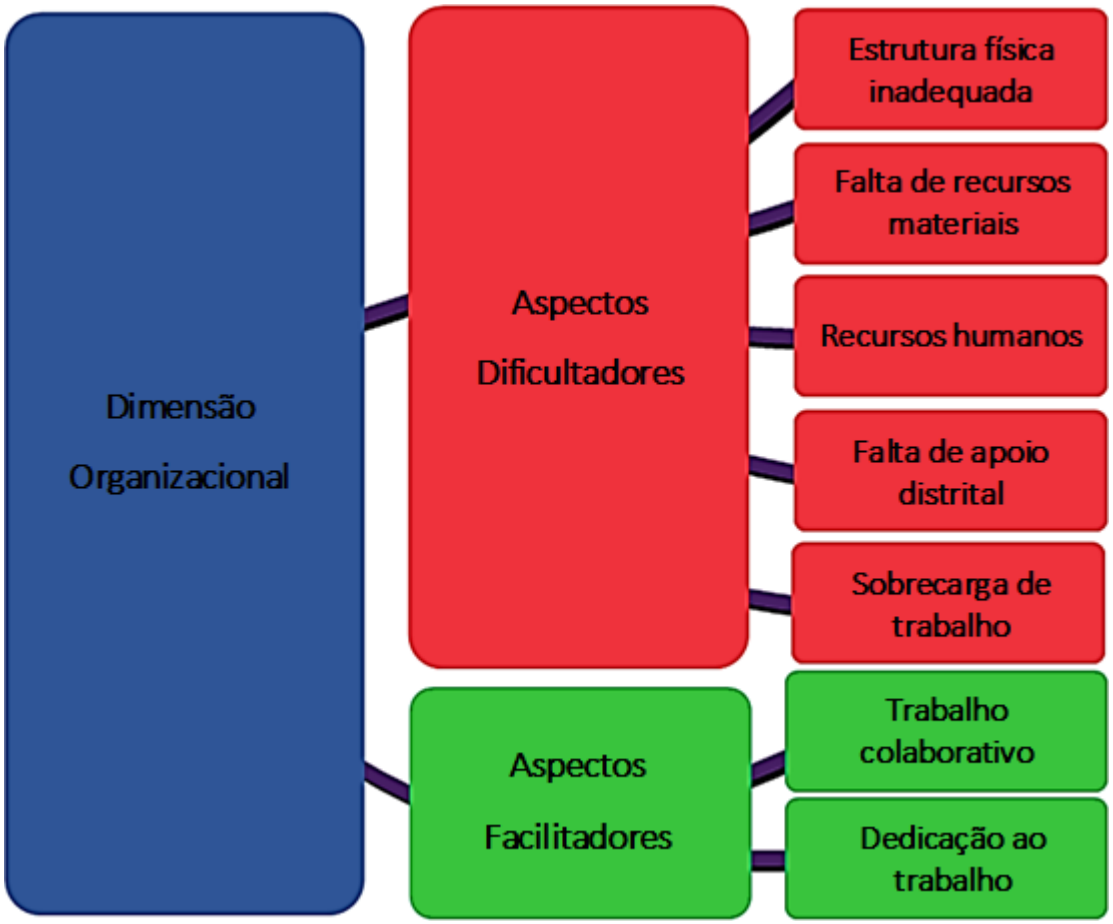
Portanto, na dimensão individual, percebeu-se que o sentido que o trabalho assumia para o gerente perpassou pela satisfação pessoal com seu trabalho, aliado à percepção dos elementos que o desmotivavam, pelo seu crescimento pessoal e profissional, pela melhora na sua qualidade de vida, pelo reconhecimento da sua autonomia e na percepção que o seu salário assumia na sua sobrevivência. Nessa dimensão evidenciou-se que a identidade gerencial está em construção e que ela perpassa pela formação acadêmica desses profissionais que são da área da saúde.

5.1.2. Dimensão organizacional

A dimensão organizacional está associada à relação do profissional com a organização na qual desempenha seu trabalho. Dessa forma, foram observados nessa dimensão aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho cotidiano do gerente e que estão relacionados à construção do sentido do trabalho, considerando que o seu produto precisa ter um propósito. No quesito “aspectos dificultadores” foi possível destacar: a estrutura física inadequada das Unidades Básicas de Saúde, o perfil e o insuficiente quantitativo de recursos humanos (RH), a falta de recursos materiais, a sobrecarga de trabalho e o pouco apoio distrital. No que se referiu aos

aspectos facilitadores, pôde-se observar o trabalho colaborativo e a dedicação do gerente ao trabalho.

Figura 3 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Organizacional.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

O gerente, no desempenho de suas atividades, encontra algumas dificuldades no seu cotidiano de trabalho. G8, G15 e G16 relataram que a infraestrutura inadequada das Unidades Básicas de Saúde impactava no trabalho da equipe e no desempenho das funções do gerente interferindo, inclusive, no planejamento das ações que eram desenvolvidas na unidade.

> "Área física é, com certeza, um obstáculo. Eu não tenho muitas salas, aqui é um prédio que foi cedido pela igreja, ele foi construído, mas não tem muita circulação de ar. Quando começa o calor, lá embaixo nos consultórios médicos fica muito quente. Tem um médico que falou que vai comprar um ar condicionado, disse que é qualidade de vida pra ele. E ele está mobilizando os outros médicos para comprar também. A estrutura física é muito ruim." (G8)

> “Um obstáculo aqui é a questão do espaço físico. A gente não tem. Não é uma unidade de saúde construída e também não é uma casa alugada, adaptada. É um espaço onde era uma academia da cidade, uma área de lazer que tinha no prédio do CRAS e que foi adaptado com divisórias. A gente hoje não tem o número de consultórios adequados, não temos odontologia que é triste em uma área igual essa. Não temos sala de curativo que é terrível. Eles têm que sair daqui e ir lá para outro centro de saúde. Eles não têm dinheiro para andar de ônibus. Então, assim, um desafio muito grande que a gente tem enfrentado aqui é a questão do espaço físico.” (G15)

> “A questão estrutural impacta muito também. A minha sala não é uma sala de gerente, é uma sala dos administrativos. Então, até um local mais reservado para você fazer uma análise, uma intervenção, as vezes até particular, é complicado. Você não tem uma sala gerencial, você tem uma sala que ela é aberta e acaba que, pela falta de estrutura, armários de ACS, impressos, vem aqui para dentro porque não tem como ficar no corredor, pela falta de espaço. Então eu acho que impacta muito no nosso dia a dia a falta de um local adequado.” (G16)

Além dos depoimentos dos gerentes, a precariedade da estrutura física de determinadas Unidades Básicas de Saúde pôde ser observada durante as visitas da pesquisadora. Percebeu-se que alguns possuíam vários pavimentos e não possuíam outro acesso aos andares além da escada, o que dificultava o uso desses espaços (NO – Outubro/2018, Dezembro/2018, Janeiro/2019 e Março/2019). Ribeiro, Pires e Blank (2004) afirmam que a organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. Os depoimentos apontaram que a precariedade da estrutura física, além de ser ruim para os gerentes desenvolverem o seu trabalho, impactavam também nos serviços que eram ofertados à população.

Outro aspecto que impactou negativamente na construção do sentido para o gerente foi a falta de recursos materiais. Isso foi relatado por G6 e G17, sendo salientado, por esse último participante, a gravidade da ausência de insumos, quando se considerava a vulnerabilidade da população que era atendida nessa unidade.

> “A falta de insumo está acontecendo em todas as unidades e o gerente é que tem que correr atrás e lidar com isso. Isso me incomoda muito”. (G6)

> “Acho que a falta de recursos materiais também impacta muito no meu trabalho, porque você trabalhar com uma população muito vulnerável e você não ter recurso para oferecer é muito difícil.” (G17)

Fernandes e Cordeiro (2018) relatam que a insuficiente infraestrutura e a falta de insumos e materiais dos serviços da Atenção Básica comprometem as diretrizes do Ministério da Saúde, pois a função da atenção primária de ordenadora do cuidado e articuladora da rede fica comprometida com essas faltas, diminuindo sua resolutividade e consequentemente prejudicando a integralidade da atenção. Além disso, Weirich e colaboradores (2009) afirmam que a deficiência de recursos materiais, insumos e equipamentos, em muitos momentos, prejudica o atendimento, gerando a insatisfação do usuário e a sobrecarga da equipe de saúde, cabendo ao gerente mediar essa situação, o que torna sua função ainda mais conflituosa e desafiadora.

Merece destaque também, como fator dificultador, o perfil inadequado e o quantitativo insuficiente de trabalhadores efetivos da instituição, além da fragilidade disciplinar do gerente, como relatado por G2, G4 e G17.

> "Eu acho que o outro grande desafio do gerente na saúde pública é ser gestor do servidor público! Que diferente de uma empresa privada, a gente gerencia um grupo grande de pessoas, aqui, tem quase 80 funcionários, e você não tem como escolher o seu profissional. Você tem que ajustar as relações, trabalhar o perfil, o potencial que cada um tem, mesmo ele não tendo a melhor qualificação ou o melhor perfil para desenvolver aquela atividade. Isso é um desafio grande. Muitas vezes, você desejaria ter um outro tipo de mão de obra para que você tivesse um melhor resultado." (G2)

> "A questão do perfil de RH é muito importante. A atuação gerencial em cima desse RH é muito limitada então, muitas vezes, a questão disciplinar mesmo, a gente tem alguns instrumentos, mas a gente entende que na prática do gerente isso é falho. Então, você tenta construir internamente um processo de trabalho fazendo com que aqueles servidores se sintam motivados, a gente não motiva ninguém, mas a gente cria um ambiente que eles sintam motivados para que a coisa aconteça. O perfil do RH é importante, a questão de como a gente conduz esse profissional em situações que ele precisa de alguma questão disciplinar isso é frágil." (G4)

> "Acho que uma dificuldade grande é o número limitado de trabalhadores que eu tenho hoje. O que a gente se propõe a fazer não tem condições de fazer o trivial baseado no número que eu tenho, 'grupo de tabagismo, grupo de planejamento familiar', não consigo fazer isso hoje, baseado no que eu me dispus a fazer com essa equipe que é acesso avançado, portas abertas, outras coisas além, então isso é um dificultador, número pequeno de trabalhadores que a gente tem." (G17)

Em um estudo realizado por Bazzo-Romagnolli, Gimenez-Carvalho e Polo de Almeida Nunes (2014), o reduzido número de profissionais e a falta de perfil adequado para desempenhar sua função é causa de conflito no ambiente de trabalho, cabendo mediação do gerente. Outro aspecto importante retratado no

trabalho de Ohira, Cordoni e Nunes (2014), no que se refere à escassez de profissionais, é que essa falta faz com que o gerente assuma múltiplas funções inerentes ao processo de trabalho do Centro de Saúde, comprometendo assim o desenvolvimento daquelas pertinentes ao seu cargo.

No que se refere ao apoio para atuar como gerente, G11 e G17 relataram que se sentiam pouco apoiados pelo distrito, sendo esse isolamento elencado como outro fator dificultador para a execução do seu trabalho.

> "Eu preciso de mais apoio distrital porque quando eu vim, não que eu seja diferenciada e que tenha que ser vista melhor do que qualquer outro gerente que entrou, mas a minha trajetória é da urgência. Então, para que eu trilhasse esse caminho que hoje eu já estou fazendo, eu não sei tudo, eu tive que correr atrás sozinha. Eu pedi apoio do distrito e o técnico veio algumas vezes, mas a grande parte dos ensinamentos que eu tive foi com os meus próprios profissionais. Eu fiquei tão desapoiada e sozinha." (G11)

> "Eu acho que a gente é muito descoberta, muito desassistido do distrito, em tudo. Eu acho que a gente fica muito abaixo do que a gente vai escolher, eu sei fazer, a partir do momento que a gente vai pedindo apoio ele aparece ou não, mas eu acho que é muito aquém do que eu desejaria do papel que o distrito tem que fazer, isso me desanima um pouco." (G17)

Nessa perspectiva, Pinheiro (2011) considera o apoio institucional como um caminho importante para fortalecer e legitimar as relações entre os sujeitos, por meio da articulação de saberes, desejos e objetivos, além de colaborar na formação e multiplicação de redes, potencializando novas formas de gestão e de participação das equipes e dos usuários. As Diretorias Regionais de Saúde (DRES) totalizam nove na cidade de Belo Horizonte e têm como competência coordenar a implementação das ações da gestão regionalizada do SUS, cabendo a ela gerir a execução dos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, consolidar e analisar as informações em saúde para subsidiar a elaboração dos planos e programas, além de monitorar e consolidar informações de avaliação sobre o desempenho das Unidades Básicas de Saúde e suas respectivas equipes de Saúde da Família, por meio de indicadores definidos pelo nível central da SMSA (BELO HORIZONTE, 2017). Portanto, cabe à DRES apoiar os gerentes no desempenho de suas funções, principalmente na condução dos diversos processos que acontecem dentro das UBS's, além de atuar como interlocutora entre o nível local e a secretaria de Belo Horizonte (nível central).

Outro fator que os participantes da pesquisa relataram de forma recorrente e que interferia de forma negativa no desempenho das tarefas gerenciais se referiu à sobrecarga de trabalho. A respeito da sobrecarga, G13 destacou a falta de uma pessoa destinada para dar suporte ao gerente, permitindo a ele que tenha tempo hábil para lidar com várias questões ao mesmo tempo. G14 referiu sobre a quantidade de demanda administrativa e assistencial e G18 destacou a alta quantidade de demandas não planejadas.

> "Porque é uma instituição burocrática e tem muito papel, muito sistema, muita coisa e hoje você não só não tem o gerente adjunto como também não tem um bom administrativo. Então, você não consegue ser dez em tudo, você tem algumas habilidades, você caminha bem aqui e acolá, de vez em quando alguém te cobra alguma coisa, você fala: "nossa, eu nem estou lembrando que isso existe". Porque não tem como você abrir tanto o leque e dar conta de tudo simultaneamente. Então, de vez em quando, você vira para cá e fala: "vou cuidar disso", investe, faz e tudo, aí você volta, daí a pouco outra coisa está lá. Igual equilibrar pratinho, um pratinho começa a cair, você está lá. Agora vou te falar que eu acho isso ruim, acho por um lado, mas me estimula também." (G13)

> "Eu fico muito tomada pela parte assistencial e pela parte da gestão administrativa. Então, você não tem um segundo vago, ao mesmo tempo em que você está pensando nas estratégias para melhorar os indicadores, na assistência, para dar um apoio para essas equipes, tem também toda a questão administrativa de recursos humanos que estão o tempo todo na unidade. Então, a gente se divide entre a gestão administrativa, recursos humanos e a assistência, de uma população bastante vulnerável, de um lugar que precisa de muita articulação." (G14)

> "O sentimento que fica é que é um trabalho que brota. Na hora que você pensa que você vai poder respirar um pouquinho e focar nas demandas que você planejou inicialmente, aparecem mais demandas." (G18)

A sobrecarga interfere na rotina de trabalho do gerente e na relação que esse profissional estabelece com a instituição. Rodrigues, Barrichello e Morin (2016) afirmam que existe extensa literatura no que se refere ao sentido do trabalho na enfermagem, que relacionam o sofrimento psíquico em função da carga de trabalho elevada e o desempenho de um trabalho de natureza que gera aflição. Outros estudos também apontaram a sobrecarga do trabalho do gerente devido ao excesso do número de atividades burocráticas como o preenchimento exacerbado de planilhas sem uma funcionalidade (FERNANDES; CORDEIRO, 2018; FERNANDES; MACHADO; ANSCHAU, 2009). Portanto, percebe-se que os gerentes reconhecem que o trabalho emergencial e mecanizado que muitas vezes desempenham é fruto de um processo desafiador e que dificulta a consolidação da atenção primária como ordenadora do cuidado.

Durante as entrevistas, a maioria dos gerentes foi interrompida por um trabalhador ou até por usuários, mesmo havendo reservado esse tempo em sua agenda de trabalho. Em várias situações ele teve que interromper temporariamente a entrevista para solucionar uma demanda (NO - Setembro/2018, Outubro/2018, Novembro/2018, Dezembro/2018, Janeiro/2019 e Fevereiro/2019). Os autores Monteiro, Avelar e Pedreira (2015) inferem que as interrupções constituem uma das principais causas de falhas relacionadas ao ambiente de trabalho, podendo causar problemas como a falta de concentração, sendo uma prática comum nos sistemas de atenção à saúde. Isso evidencia a quantidade exacerbada de tarefas que os gerentes desempenham em seu cotidiano e como isso impacta no seu planejamento de trabalho.

A despeito das dificuldades apresentadas, os gerentes apresentaram elementos que facilitavam o seu trabalho, auxiliando-os a criar uma identificação com essa função. Um dos elementos citados por G4, G12, G16 e G17 foi a equipe colaborativa que os auxiliava no desempenho de suas tarefas, incluindo mudanças no processo de trabalho, entre a própria equipe ou até mesmo com outros gerentes.

> “A gente tem uma relação muito boa entre os gerentes da regional norte, a gente tem um movimento legal de ajuda. Hoje eu estou sem jelco, o pessoal falou aqui: ”vou mandar jelco pra você." Então, tem uma ajuda entre os gerentes que é muito legal, a gente tem uma gestão distrital, a gente tem vários questionamentos, mas é um grupo que nos apóia, que tenta cuidar da gente, tem os limites que são os do serviço. Então, hoje isso me motiva a estar na norte, eu não penso em sair da norte, a gente tem uma parceria muito forte entre os gerentes, com as nossas referencias técnicas, nosso distrito, nossos chefes imediatos, que dão conta de nos ouvir, muitas vezes não atuam, mas dão conta de nos ouvir, isso já está bom.” (G4)

> “Foram muitas conquistas ao longo dos anos. A gente conseguiu ampliar o acesso, aumentar o número de profissionais, dividir a área, e fixamos muitos profissionais. Temos profissionais aqui antigos e isso ajuda muito, uma construção mais coletiva e eu acho que teve o meu empenho, o empenho da prefeitura e empenho dos trabalhadores. Foi uma construção coletiva.” (G12)

> “A gente tem uma equipe de trabalho que é fixa, temos uma equipe boa, que é coesa, um RH bom, a gente não tem rodízio. Por isso a gente consegue desenvolver um trabalho bom, a gente consegue desenvolver uma assistência dentro de um padrão bom.” (G16)

> “Eu entendo que o que mais me traz todos os dias para trabalhar é a vontade coletiva da equipe do centro de saúde trabalhando com o mesmo objetivo, que é acesso para essa população, é cuidar dessa população, é humanização e ir além de tratar doenças, eu acho que o grande objetivo é esse.” (G17)

Caram, Rezende e Brito (2017) relatam que a Organização Mundial da Saúde reconhece que a prática colaborativa se configura como o cuidado em saúde prestado por profissionais de categorias distintas e que de forma coletiva prestam um cuidado de forma adequada a usuários, família e comunidade. Portanto, as conquistas alcançadas pela unidade no decorrer dos anos, com o apoio de uma equipe qualificada, aliada ao apoio dos seus pares e também do distrito, são fatores descritos pelos gerentes como edificadores da relação do profissional com a organização e que o auxiliam a construir a sua identificação com o trabalho.

De acordo com Chiavenato (2010), o relacionamento interpessoal gera o trabalho em equipe, confiança e participação das pessoas, tornando o trabalho a ser executado mais prazeroso.

Nesse sentido, Caram, Rezende e Brito (2017) afirmam que a prática colaborativa se configura como uma ferramenta extremamente importante para a oferta de um cuidado de qualidade e contribui também para a motivação dos profissionais. Assim, percebe-se pelos depoimentos, que a colaboração e proximidade com a equipe, com outros gerentes e com o distrito contribuem para que eles desempenhem as atividades previstas e necessárias para ofertar o melhor cuidado à população.

Outro aspecto facilitador do trabalho do gerente é sua dedicação ao trabalho. Ela é percebida pelo empenho que os gerentes demonstram no seu dia a dia profissional, incluindo a inserção de valor financeiro em situações não solucionadas pela instituição, a abdicação de cuidados com a sua saúde, o fornecimento de contato pessoal para que o usuário tenha sua dúvida sanada rapidamente e o andar longas distâncias diariamente até seu local de trabalho, mesmo percebendo impactos em sua qualidade de vida. Essas atitudes relatadas por G1, G11, G13 e G17 demonstraram identificação com o cargo de gerente, zelo com a comunidade e cuidado com a equipe.

> **“**Eu já tirei dinheiro do meu bolso e coloquei porque se eu tivesse que esperar uma ação da prefeitura, eu estaria aqui até hoje. Como por exemplo, tem algumas salas que foram pintadas, eu comprei tinta, mandei pintar; pintou lá fora um pouquinho, porque a parede estava muito suja. Eu tenho um projeto de fazer pintura com as crianças do Arte da Saúde. São crianças vulneráveis, que fazem pintura do muro externo, esses desenhos, grafite. Grafitar todo o muro aqui em volta da unidade de saúde. Estou esperando a ação do distrito. Já tem 4 meses, a paciência está esgotando. Daqui a pouco, o que eu vou fazer? Vou comprar tinta branca e o Arte da Saúde vem e pinta, se o distrito não vier pintar o muro para mim.” (G1)

> “(...). Às vezes eu tenho paciente no meu telefone pessoal, no whatsapp, para eu responder. Então, é o que eu procuro fazer e implementar que é melhorar a qualidade de trabalho para os profissionais e para o usuário dentro do território. Eu gosto muito disso.” (G11)

> “Eu me dedico muito, eu fico muito mais tempo aqui do que na minha casa, eu quase não tenho tempo para ir ao médico, não penso tanto nisso, não cuido tanto da minha saúde. Por exemplo, esse ano eu até usei as férias para poder fazer isso e aí eu descobri que tinha dois anos que eu não ia a endócrino. E então, a média minha de ida ao médico é a cada dois anos e graças a Deus eu sou muito saudável. Então, eu me esforço muito.” (G13)

> “Hoje trabalhar na Norte para mim, eu gosto. Acho que é um desafio, uma vulnerabilidade, mas ao mesmo tempo é sacrificante para mim. Eu moro longe, eu moro na Pampulha, para mim seria muito mais fácil trabalhar na Pampulha, mas ao mesmo tempo eu não sinto desejo ainda de ir para outra Regional, sabe assim de ir para outra unidade.” (G17)

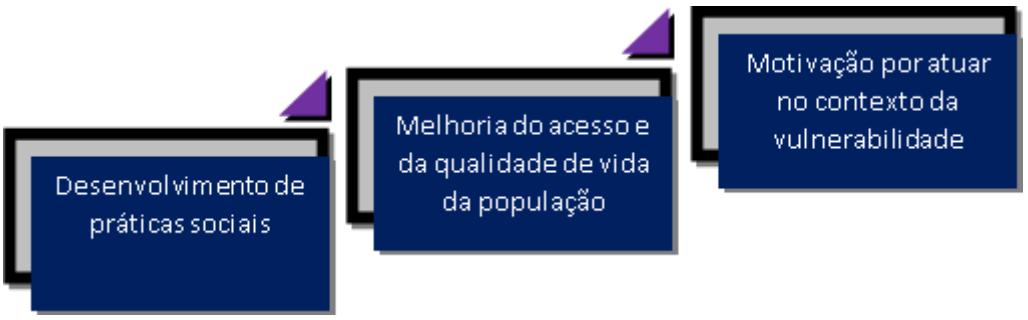
Os depoimentos revelam o esforço no desempenho das atribuições, realizando tarefas que superam o que está prescrito, demonstrando sentimento de pertencimento aliado ao “gostar” dessa prática. Além disso, ficam evidenciadas as dificuldades e as abdicações pessoais que eles precisam fazer para conseguir se dedicar ao trabalho. Lima e colaboradores (2014) afirmam que a identificação do profissional com sua prática está relacionada com o sentimento de “gostar do que faz” à medida que o profissional se percebe participante ativo e modificador do seu processo de trabalho.

Logo, na dimensão organizacional pôde-se observar que o sentido construído na relação do gerente com a organização transcorreu de aspectos dificultadores do seu trabalho, como a estrutura física inadequada, perfil e quantitativo insuficiente de RH, falta de recursos materiais, sobrecarga de trabalho e o pouco apoio distrital; e aspectos facilitadores tais como o trabalho colaborativo e a dedicação ao trabalho.

5.1.3. Dimensão social

A dimensão social analisa o valor social que o trabalho do gerente apresenta e seu impacto na sociedade. Nessa dimensão, objetivou-se mostrar a visão do gerente face ao alcance que o seu trabalho assume para a população de sua responsabilidade e, consequentemente, para a sociedade, por meio da motivação para o trabalho e da satisfação pessoal. Ressalta-se o papel preponderante que a vulnerabilidade assume nessa dimensão uma vez que ela se apresenta atrelada ao desenvolvimento do aspecto social do trabalho desse gerente.

Figura 4 – Esquema representativo dos elementos que compõem a Dimensão Social.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora. 2019.

Percebeu-se pelos depoimentos de G1, G2, G10 e G17 que eles desenvolviam atividades sociais baseadas nas necessidades da população, o que revelou a forma como eles compreendiam o seu trabalho e como eles entendiam a contribuição social que geravam.

> "A questão da horta comunitária. Então, está lá para eles poderem ajudar, aguar, plantar. Tudo foi feito para eles, foi distribuído de graça." (G1)
>
> "A gente começou o grupo com as mulheres, em parceria com a Pastoral da Criança, que desejam vir aqui para fazer um trabalho com artesanato. A ideia é que esse grupo possa depois envolver essas mulheres que precisam de uma renda, de gerar uma ação de renda. Então, a gente tem que estar antenada para as questões do território e os problemas que estão no território para que a gente possa estar contribuindo." (G2)
>
> "A gente começou um grupo de roda de terapia. Porque aqui a gente pensa o tempo inteiro em como otimizar o atendimento. Com a população nesse nível, a gente tem que ter uma forma de atender. Então, tem um problema muito grande aqui de muitas mulheres que tem problemas familiares ou é cuidadora, problemas com filho, com marido e a gente não tinha como atender todas essas mulheres em uma seção de terapia, por exemplo. Então, a gente tem grupo de Saúde Mental, que a gente não tem também capacidade de atender de forma individual, com o psicólogo e o psiquiatra, quem precisa. Por isso criamos o grupo." (G10)
>
> "Aqui tem a violência contra a mulher, o idoso dentro de casa abandonado pela família, sem ter o que fazer. Então, a gente começou a trabalhar isso com um grupo de convivência, terapia comunitária porque a gente sabe que o psicólogo sozinho não dá conta. Tem uma roda de terapia comunitária a cada quinze dias na segunda-feira, aberta para vir a qualquer momento. Então, a gente tem feito muito disso, a gente faz a horta e aí a nossa horta a gente doa o nosso alimento para quem está passando fome, se a gente vê que tem uma família passando fome a gente vem e colhe, se a gente vê uma família que tem uma anemia grave a gente vem e colhe e leva." (G17).

Identificou-se que cada gerente planejava, junto com suas equipes, atividades sociais na comunidade com o intuito de otimizar e atender às necessidades da

população. As atividades citadas têm relação direta com o perfil da comunidade que é marcado pela vulnerabilidade, o que leva à criação de grupos e à busca por parcerias com instituições, como a Pastoral da criança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população. A esse respeito, Silva, Alvarenga e Oliveira (2012) afirmam que é preciso contribuir para a reorientação das ações em saúde, ainda muito marcadas pelo enfoque individual, por meio de recursos e estratégias de trabalho capazes de identificar e intervir em situações de vulnerabilidade que afetam as famílias, além de fomentar a reflexão crítica dos profissionais de saúde.

Os gerentes participantes do presente estudo reorientavam suas práticas mediante atividades coletivas e que fossem capazes de atingir a população em situação de vulnerabilidade, como foi possível perceber nos depoimentos. Tal reorientação da prática configura novos modos de atribuir sentidos ao trabalho uma vez que, de acordo com Morin (2008), o sentido do trabalho não é sem influência social. Ao contrário, ele será construído também nas interações do sujeito em sua equipe de trabalho, serviço e instituição (MORIN, 2008).

Visto o exposto, os gerentes percebem que seu trabalho vai além de atender a comunidade, mas também contribui para a melhoria do acesso e da qualidade de vida da comunidade em situação de vulnerabilidade. G2, G3, G15 e G19 referiram que vivenciar a satisfação de trabalhar em equipe e atingir os princípios do SUS, garantindo a equidade da atenção, conferia sentido ao trabalho.

> “Eu acho que a gente, na saúde, tem a possibilidade de fazer a diferença na vida das pessoas. Eu falo que o SUS tem uma rede grande de serviços muito bons, mas ela tem um monte de buraco. Então, se a gente não cuidar, o paciente não chega, ele cai nos buracos e não chega aonde ele tem que chegar. Muita população não sabe como usar o sistema. Então, o nosso papel é de orientar, de fazer com que esse paciente chegue. E eu gosto disso, isso me dá satisfação no trabalho.” (G2)

> “A gente tem uma população vulnerável. É interessante, porque a gente tem a oportunidade de fazer mais por esse usuário que é o dependente do SUS, que é um pouco mais dependente do que algumas outras regionais que tem um número maior de usuários de médio risco ou até de risco baixo. Eu influencio nessa sociedade que estou trabalhando nela, melhorando as questões de saúde, as questões de ambiente.” (G3)

> “Eu me sinto bem na gerência. Apesar de ser o meu trabalho, ser a minha obrigação, é como se eu estivesse fazendo uma espécie de caridade. Não, porque caridade é diferente, é uma palavra que é pesada. Mas é como se eu tivesse através do meu trabalho, procurando fazer o bem para o outro. Eu sou um elo. Eu acho que é uma coisa que me agrada, eu fico satisfeita, eu me sinto bem.” (G15)

> “Eu pessoalmente prefiro trabalhar em áreas de vulnerabilidade, mesmo com toda a dificuldade. Porque no fundo, é muito gratificante. O mínimo que você faz te dá maior satisfação quando você vê alguns resultados, para o usuário, porque eu acho que eles já sofrem demais. Então assim, você abrir a porta para ele, atender, escutar, tentar resolver o problema dele, e resolver, te dá uma sensação muito gratificante.” (G19)

Infere-se que a atuação gerencial na população em situação de vulnerabilidade aproxima os gerentes de práticas que garantam os princípios do SUS, como a equidade, integralidade e universalidade. Os gerentes percebem, nas fragilidades vivenciadas pela população, a necessidade de prestar atendimento diferenciado e se mostram satisfeitos ao atuar considerando essas necessidades.

A esse respeito, Morin (2008) afirma que o trabalho é afetado por um contexto social complexo e dinâmico, sendo sua compreensão influenciada por esses dados, incluindo as suas intenções e expectativas para o trabalho. Portanto, o gerente percebe a necessidade diferenciada dessa população que, além de apresentar demandas da saúde, possui questões sociais complexas de solucionar e implementa ações que aumentam o acesso e melhoram a sua qualidade de vida.

Os participantes G4, G10 e G17 expressaram que atuar no contexto em que existia população em situação de vulnerabilidade era uma motivação, haja vista que eles percebiam visivelmente o impacto que suas ações provocavam na vida das pessoas. Tal motivação era fonte de satisfação e prazer em realizar o trabalho e assumir o cargo de gerente, atribuindo sentido ao que faziam.

> “Para a sociedade eu entendo que você ter profissionais motivados, implicados naquilo que é a missão dele, a sociedade é beneficiada, diretamente ou indiretamente. Se eu tenho uma comunidade bem cuidada, eu tenho menos adoecimento. Eu acredito que uma população bem cuidada tem menos violência. A violência vem de uma necessidade que não foi resolvida nessa comunidade. Então, hoje eu acredito que essa comunidade é menos violenta, pelo menos conosco, isso leva para casa também. Se ela chega aqui e é bem cuidada, se é convidada para uma festa, ela vem com a família dela, ela dá conta de levar isso para comunidade dela, ela dá conta de entender que tem algo mais que eu posso fazer.” (G4)

> “O que me motiva é que eu tenho isso de que eu quero trabalhar com esse perfil de população. Acho que é uma população que precisa muito desse olhar mais sensível, que tem dificuldade de acesso, de atendimento à saúde, com muito problema social e eu acho que posso contribuir, sendo gerente, de ampliar o acesso, de pensar nessas pessoas, em estratégias e ações que atinjam e que melhorem a vida dessa população. Eu sou muito sensível a essa causa. Independente de ser enfermeira, de ser gerente, eu penso que do ponto de vista de trabalho, de função social mesmo, de trabalhar para que melhore a vida de quem mais procura.” (G10)

> “Em relação à sociedade aqui, eu acho que como gerente eu faço muita diferença, porque eu acredito no acesso avançado, eu acredito nas portas abertas, eu acredito na humanização e é isso que a população precisa. Então, eu acho que o meu acreditar e o meu desejo de vir aqui todos os dias contribui muito para o bem-estar dessa população, eu acho que isso facilita muito para eles também, apesar de que as vezes eu acho que eles não reconhecem o gerente como sendo essa pessoa que faz funcionar de portas abertas, com mais humanização, que eles enxergam o médico, a enfermeira, a gente não está de cara lá com eles. Mas eu acho que a gente faz muita diferença, eu faço muita diferença na vida dessa comunidade, dessa sociedade aqui.” (G17)

Observou-se que os gerentes se sentiam motivados quando alcançavam o objetivo social que almejavam e percebiam a força que seu trabalho possuía para melhorar a realidade social da comunidade em questão. Isso engloba desde a implantação de melhorias sanitárias até mudanças no processo de trabalho da equipe pautada nas peculiaridades da vulnerabilidade. “A motivação é o combustível, a base energética para superar obstáculos” (CARVALHO, 2009, p. 99).

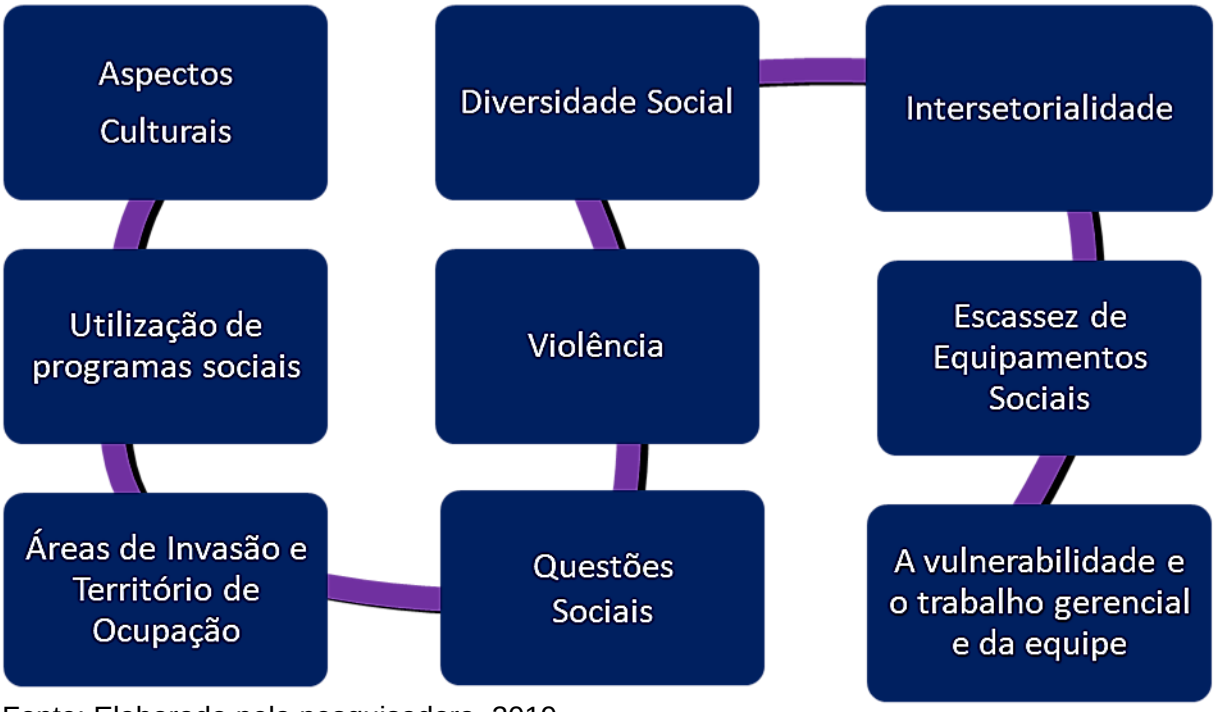
Quando o indivíduo tem uma meta a alcançar, sendo orientado a obter esse resultado por meio de processos que o estimule, a tarefa fica fácil e prazerosa. A motivação também perpassa pela dimensão social à medida que gera satisfação pessoal no profissional, quando ele toma consciência que seu trabalho gera impacto positivo na vida da população e da sociedade.

Assim, na dimensão social evidenciou-se o valor social que o trabalho do gerente apresenta, juntamente com seu impacto na sociedade, por meio da motivação com o trabalho e da satisfação pessoal. Ressalta-se também a interface da vulnerabilidade nessa dimensão, pois ela se apresentou vinculada ao aspecto social do trabalho desse gerente.

5.2. A INTERFACE DA VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO TRABALHO DO GERENTE

A presente seção aborda particularidades do contexto no qual se desenvolve o trabalho dos gerentes e sua influência na prática cotidiana. A esse respeito merecem destaque as questões culturais, as necessidades específicas desses usuários e a violência, dentre outros aspectos.

Figura 5 – Esquema representativo dos elementos que compõem a interface da vulnerabilidade no contexto do trabalho do gerente.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Percebeu-se que, na rotina de trabalho, aspectos culturais e do processo saúde-doença interferiram na forma de gerenciar, conforme apresentado:

> “A questão cultural aqui é diferente, o valor e o entendimento, por esses fatores, são coisas muito difíceis de lidar. Temos que absorver toda a dificuldade e a vulnerabilidade e saber onde você pode ajudar. O que é importante para nós, nem sempre é importante para o usuário. Quando você fica revoltada porque o paciente perdeu a consulta, a gente tem vários tipos de situações que impactam nisso. Às vezes ele quer continuar afastado pelo INSS, porque é a única renda que ele tem, e não dá conta de trabalhar, então melhorar não é importante para ele. Ou então ele tem tantos problemas em volta dele que ele não dá conta de sair dali, levantar cedo, enfrentar os problemas, é muitas vezes difícil para eles. Na última semana do mês, eles não vão consultar porque eles não têm o dinheiro da passagem, e não têm mesmo! Fazer essa relação... eu já escutei: "para comprar bebida ele tem, mas para ir na consulta não". Mas, a gente tem que entender que ele está doente. Quantas vezes nós passamos por problemas que temos dificuldades de enfrentar, imagina uma família em condição precária.” (G19)

G19 estabeleceu uma relação de empatia com a população e reconheceu as diferenças entre as distintas perspectivas em relação às necessidades de saúde. Embora exista a diferença, a compreensão das necessidades de saúde da população e o reconhecimento de suas vulnerabilidades são essenciais para o alcance da integralidade do cuidado, bem como para as tomadas de decisões

gerenciais e assistenciais.

A esse respeito, alguns autores referem que no SUS os serviços são organizados de forma a seguir os protocolos institucionais, voltados para atendimentos individuais e com foco na doença, sem considerar as pessoas diretamente envolvidas no cuidado (MENDES, 2015; FREITAS; MICHELETI; HOLZ, 2012). Especialmente em comunidades vulneráveis, essa prática é incoerente com o princípio da integralidade, fazendo com que ela seja desconectada da realidade da comunidade e de suas necessidades. De acordo com Mendes (2015), as necessidades em saúde dos usuários relacionam-se ao seu cotidiano e ao espaço em que vivem, ultrapassando as questões orgânicas do corpo. A compreensão dessas necessidades, segundo Palhoni e Penna (2017), é importante para refletir o fazer em saúde adequado e em consonância com a realidade daqueles que estão envolvidos no cuidado.

Alguns participantes apontaram que os usuários buscavam auxílios sociais em detrimento da busca pelo trabalho e estudo. Assim, se afastavam da escola e reproduziam condições socialmente precárias:

> "Eu lembro de uma mãe, [...] ela tinha 18 anos e o sonho dela era ter uma bolsa família. Aí eu falei assim: "Nossa, você é muito nova, você precisa ter uma profissão, estudar". E ela já tinha um filho. Então, eu falo que aqui a escola precisa plantar sonhos, eles precisam sonhar." (G2)

> "Tem uma questão cultural da comunidade. É uma comunidade que está acostumada com assistencialismo mais intenso, eles acham que não tem participação no processo saúde-doença. Então, a gente escuta, que eu não tenho remédio para fornecer naquele momento: "ah! Se eu adoecer, vocês vão ver". Então, a gente é ameaçada por uma responsabilidade dele. Uma mãe já falou que se não tivesse anticoncepcional para a filha dela e se a filha dela engravidasse o problema seria nosso. Então, essa questão cultural é importante sim, mas é super transponível dependendo da relação que a equipe constrói com a comunidade." (G4)

O depoimento de G2 revelou que a cultura do bolsa família estava ligada à falta de oportunidade e de alternativas da população, impossibilitando-os de transpor a realidade social em que viviam. No relato de G4 foi salientado o assistencialismo, interferindo na compreensão do processo saúde-doença e na corresponsabilização da população na busca pela saúde. Fica, pois, a cargo da equipe modificar essa relação com a população.

G4 e G15 apontaram que a cultura das comunidades era marcada pela invasão e por ter sido território de ocupação, o que reforçou a vulnerabilidade da

população e sua relação com o serviço.

> “Quando você pensa na origem da comunidade, que muitas comunidades nossa foram de invasão, elas ganharam tudo da prefeitura. O que a gente vê é que muitos não têm condições de pagar, não pagam a água e a luz que consomem. Então, é algo que vem de um processo cultural e social que é impactante que a gente, no dia a dia, tenta tocar nisso.” (G4)

> “É um território totalmente diferente do que eu estava acostumada. Eu nunca tinha trabalhado com área de ocupação. É totalmente diferente, é uma questão de vulnerabilidade social muito grande e junto com ela vem muito problema de saúde, muita saúde mental, muito problema de violência doméstica e violência sexual. E o que vejo de diferente é a visão que as pessoas têm do mundo. É muita mãe com filho preso. Muito pedido de declaração de endereço para visita em presídio, de mulher, esposa e mãe. Então, é uma vida que a gente desconhece e aos poucos a gente vai conhecendo.” (G15)

Os aspectos culturais e as fragilidades da população revelam que suas percepções de mundo e a forma como se organizavam são diferenciadas e sofrem a influência de suas origens, condições de vida, costumes e desejos.

Os problemas vivenciados pela população em situação de vulnerabilidade estão relacionados a grupos ou a indivíduos afetados por condição de vulnerabilidade circunstancial, especificamente aquelas relacionadas à pobreza, violência, desemprego, entre outros aspectos (SANCHES; MANES; CUNHA, 2018). Assim, a população sofre exposição cumulativa advinda de questões sociais, econômicas, políticas e culturais, podendo exacerbar a experiência de vulnerabilidade (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Além das questões sociais relacionadas à origem e natureza da comunidade, alguns gerentes relataram problemas ligados ao tráfico de drogas, à falta de saneamento básico, lazer e moradia digna e à fome, o que impactava diretamente na saúde da população.

> “Sempre a gente tem que lidar com muito tato, porque, às vezes, é pessoa de família ligada ao tráfico. A gente teve uma família que a criança tem paralisia e, porque a gente ficou cobrando demais, a família se mudou. Então, eu fiquei muito triste porque é a pessoa que a gente ficava cobrando para cuidar dessa criança adequadamente. Aí ela com medo, muda. É complicado.” (G2)

> “O nosso desafio hoje como gerente de uma unidade básica de uma população carente é conseguir sair desse lugar de que a saúde é só ausência de doença. Acho que o nosso maior desafio é esse. O que bate na nossa porta, muitas vezes, não são questões clínicas especificamente, mas são questões sociais que nós entendemos que impactam. A questão da violência, do tráfico, do abandono, do lazer, muitas vezes falta de

> reconhecimento do governo, no geral, da cidadania dessas pessoas, dos direitos que elas têm, e muitas vezes elas são marginalizadas.” (G4)
>
> “Eu tenho muitos usuários que não tem dinheiro e nem vale para ir na consulta especializada. E mesmo com CRAS fornecendo vale social, eles não conseguem dinheiro. Essa rua que pega uma parte da (equipe) Laranja e, uma parte da (equipe) marrom tem o córrego a céu aberto. É um córrego e tem essas famílias que estão ali todas próximas, ao redor do córrego. São famílias que gritam, que a gente tem que tomar extremo cuidado. Então, eu tenho a equipe para se apropriar disso.” (G7)
>
> “Quando a gente vai para o domicílio a gente vê que não tem pia, escova os dentes no tanquinho, a mesma água que lava vasilha é a água que escova dente. Então a gente tem tentado fazer esse trabalho com a família nesse sentido de trabalhar a vulnerabilidade que está impactando na saúde daquele momento. Não dá para distanciar demais saúde e vulnerabilidade.” (G17)

As questões sociais mencionadas apontam para o fato de a vulnerabilidade da população extrapolar o acometimento de doenças, envolvendo a vida de forma mais abrangente.

Ao compreender os componentes da vulnerabilidade, pode-se considerar que as pessoas não são em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis devido a alguns agravos sob determinadas condições e em diferentes momentos de suas vidas (AYRES *et al*., 2009). Cabe, então, à equipe de saúde e aos gerentes, identificar os agravos relacionados às condições de vida da população em situação de vulnerabilidade e propor ações para mudar essa realidade.

Em uma das Unidades Básicas de Saúde onde foi realizada a coleta de dados, observou-se, ao entrar na cozinha, uma lista afixada na geladeira e uma caixa de papelão com a seguinte identificação: caixa de doações. Segundo uma funcionária que se encontrava no local, a equipe estava recolhendo donativos para uma família que estava “passando fome e frio”. Evidenciou-se, pois, a sensibilidade da equipe no que se referiu às necessidades da comunidade, com tentativa de mobilização em fornecer ajuda em caso de necessidade (NO - Dezembro/2018).

A respeito da violência, os gerentes relataram a violência contra a mulher e aquela ocasionada pelo tráfico de drogas:

> “Outra questão da vila é a violência, principalmente, a violência contra a mulher. É uma região de muita vulnerabilidade. As mulheres dependem do companheiro e, então, acabam sofrendo a violência, ficando dentro de casa e se submetendo.” (G3)
>
> “A vulnerabilidade ela traz muita violência. Então, é uma área que você tem muita violência, a gente tem agressão e muito usuário de droga. E então,

> são muitas demandas de ministério público, de conselho tutelar e são demandas que, muitas vezes, a gente não tem como resolver, porque vai para além da saúde, envolve o social." (G9)

Nos serviços de saúde, a violência tem sido um problema crescente. Segundo Almeida, Peres e Fonseca (2019), a localização geográfica das Unidades Básicas de Saúde, próxima às áreas de vulnerabilidade e de risco, onde são comuns os conflitos, colocam em perigo a segurança, o bem estar e a saúde da população e de trabalhadores. A violência contra a mulher retrata a desigualdade de gênero marcada pelo patriarcado e pelas relações de poder predominantes nos espaços sociais, violando os direitos humanos fundamentais e aumentando a vulnerabilidade e marginalização das mulheres (LIMA *et al*., 2017).

Na atualidade, a violência exerce impacto na morbimortalidade da população, com consequências para a integridade física, psicológica e emocional das pessoas, afetando a qualidade de vida das populações e, ainda, demanda nos serviços de saúde (ROUTTI; MASSA; PERES, 2011).

A despeito da violência e o tráfico serem assumidos pelos gerentes como uma questão social frequente nas comunidades, sua existência não foi apontada como problema de segurança para os profissionais. Assim, para G4 e G11, a população respeitava e reconhecia o papel das equipes de saúde, conforme ilustrado:

> "A gente tem uma comunidade muito bacana, apesar da questão da vulnerabilidade, apesar de ter o tráfico e a violência é uma comunidade muito bacana e que respeita muito a gente." (G4)

> "Apesar de ser uma área muito vulnerável, uma área de tráfico, a gente não tem grandes problemas de violência com os nossos funcionários aqui, porque a gente procura contemplar no que a gente pode fazer dentro do território para ajudar a população." (G11)

Apesar da violência estar presente no território, os trabalhadores eram respeitados em seu local de trabalho e a equipe se sentia protegida, uma vez que cuidavam dos moradores. Embora os profissionais não sofressem diretamente a violência da comunidade, ela estava presente nas UBS's, pois muitos trabalhadores, além de serem funcionários, também residiam na região.

> "Percebo muita dificuldade de lidar com uma população que trabalha muito baseado em violência, isso é, uma dificuldade porque interfere dentro da minha unidade, à medida que 60% dos trabalhadores moram dentro da comunidade e então, a violência que está na comunidade está dentro da unidade de saúde. Então, visivelmente a gente é chantageado, é transferida

> essa violência para dentro no sentido de: “tudo bem, vai falar? Eu vou contar para fulano que aconteceu isso”. Percebo muito isso aqui dentro.” (G17)

Notou-se, no relato de G17, a reprodução da violência vivenciada no espaço social de trabalho das Unidades Básicas de Saúde e as dificuldades enfrentadas pelo gerente para mediar essas situações.

Em uma das entrevistas, a gerente solicitou que aguardasse para que pudesse mediar uma situação de conflito entre duas profissionais que se agrediram verbalmente. Houve troca de ameaças na recepção do centro de saúde, sendo o fato presenciado por usuários que aguardavam atendimento. A situação mencionada deixou clara a violência relatada por G17. Esse tipo de violência estava presente entre trabalhadores de algumas Unidades Básicas de Saúde e impactava na forma de gerenciar (NO - Março/2019).

Ainda sobre a violência no cotidiano dos gerentes, ressalta-se que os trabalhadores nem sempre estavam protegidos nas UBS’s, ficando expostos a agressões, furtos, assaltos e ameaças.

> “A gente fala na vulnerabilidade que a gente tem muita, aqui a violência também é muita. […] um ACS que falou comigo 'Ah, não tem um chefe agora aqui na comunidade'. Então é uma terra sem lei. Eles estão assaltando aqui dentro, coisa que você não se via antes.” (G7)

> “Uma dificuldade aqui é a violência. […] paciente usuário de droga que quer vir pegar receita de Diazepam e Clonazepam toda semana. Então ele chega e ameaça o médico.” (G9)

> “A violência é uma violência diferente, até isso é diferente. Eu já trabalhei em áreas que o tráfico de drogas coordenava, tinha armas, era organizado. Lá eu sinto que é o seguinte: as pessoas trabalham para outros, então até o tipo assalto que eles fazem, não existe um respeito em relação ao profissional de saúde que está ali, trabalhando para a comunidade. Nas outras áreas, tem uma proteção, dos próprios traficantes.” (G19)

Para tentar minimizar a violência cotidiana a que estavam expostos, os profissionais lançavam mão de estratégias como não sair sozinho da unidade ao final do trabalho. A situação mencionada foi vivenciada pela pesquisadora quando, ao sair de uma das Unidades Básicas de Saúde, após a realização da entrevista, houve o alerta da gerente sobre os riscos e o acompanhamento até o carro por um funcionário da equipe de zoonoses (NO - Dezembro/2018).

No enfrentamento de uma situação de violência, G9 reconheceu que um dos

motivos da violência sofrida pelos profissionais dentro das Unidades Básicas de Saúde era a falta de acesso e de cuidado qualificado. Assim, estratégias eram desenvolvidas a fim de sanar essas questões.

> "Quando eu entrei eu comecei a me desesperar. O primeiro mês aqui eu fui ameaçada de morte, inclusive eu tive que abrir um inquérito policial, porque eu fui ameaçada, um usuário me ameaçou. Todo dia era chute na porta e aquilo me incomodando e eu estava sofrendo muito. E eu discuti, conversando com uma outra gerente: "eu estou sofrendo". Ela falou assim: "população brava, é população sem acesso". O acesso à informação e ao atendimento. Aí eu falei: "gente, eu tenho que abrir esse negócio". Tem que abrir, vamos abrir o acesso, deixa essa população vir. Então, eu acho que essa população ganhou muito com o acesso. E aí, a gente ganhou muito, porque aí eu tenho uma estratégia que eu prefiro ficar sem profissional do que ficar com profissional ruim. Eu pago para ficar sem profissional. Então, os médicos foram selecionados a dedo." (G9)

Starfield (2002) conceitua o acesso como o uso oportuno dos serviços de forma a atender as necessidades do usuário. Para a autora, o acesso considera aspectos qualitativos ligados ao acolhimento e seguimento do tratamento do usuário, envolvendo elementos, tanto da população adstrita quanto dos serviços que lhe são ofertados. O fato, entretanto, das UBS's manterem a porta aberta para os usuários não deve ser confundido com garantia de acesso (CAMPOS *et al*., 2014). Esses autores afirmam que o acesso está ligado à resolutividade da equipe para solucionar o problema de saúde que o usuário demanda. G9 reconheceu as fragilidades de sua equipe no que se referia ao acesso e buscava solucioná-las. Dessa forma, se extinguiria ou, pelo menos, se reduziria os fatores geradores de violência contra os trabalhadores dentro da unidade.

Outro aspecto importante evidenciado no presente estudo foi a diversidade social. Uma das Unidades Básicas de Saúde, cenário dessa pesquisa tinha adstrita uma comunidade quilombola, que apresentava singularidades relacionadas à história e identidade do grupo que requeriam especial atenção da gerente. G19 mencionou problemas sociais no quilombo, como o elevado número de pessoas desempregadas, principalmente homens, além de questões relacionadas ao alcoolismo.

> "O quilombo é um outro problema. Um grande número de pessoas desempregadas, principalmente homens, a maioria bebe muito e usam a unidade. Eles não desenvolvem trabalhos manuais ou cultivam hortas. Além disso, temos a mesma dificuldade de acesso no lugar, eles não são ativos, não participaram das reuniões, às vezes eles concentram as decisões em uma pessoa só, e aí não dá certo". (G19)

Tradicionalmente, os quilombos eram das regiões de grande concentração de escravos, afastados dos centros urbanos e em locais de difícil acesso. Atualmente, eles estão concentrados em áreas urbanas e são comunidades afrodescendentes com singularidades culturais (FCP, 2008).

A situação dos quilombos no Brasil é marcada por injustiças sociais em um contexto de conflitos, dilemas e precárias condições de vida (BEZERRA *et al*., 2014). As injustiças sociais impelem grupos sociais específicos a viverem em condições de vulnerabilidade extrema (GARRAFA, 2005; GARRAFA; PORTO, 2003). Esses grupos vivenciam conflitos ligados à resistência étnica, cultural, histórica e à discriminação racial, sendo frequentes as situações de migração para os grandes centros urbanos, baixo índice de renda domiciliar e emprego informal, precárias condições de habitação, dificuldade de acesso à saúde, à educação, à alimentação, à informação, aos bens duráveis e de consumo (PINHO *et al*., 2015; REZENDE, 2015).

Além dos quilombolas, outra especificidade era o atendimento às pessoas em situação de rua, as quais necessitavam de atendimento diferenciado, com maior flexibilidade e inúmeras articulações da equipe, requerendo maior empenho do gerente.

> "Estamos atendendo muito usuário de rua porque eles estão ficando nessa praça próxima. Nós estamos trabalhando no sentido de que o usuário de rua chega, nós tentamos colocar ele para dentro, vamos fazer primeiro escuta, vamos tentar acolher aquele usuário para dar prosseguimento. Quase todos os usuários de rua que estão chegando no centro de saúde não possuem documento, não possuem identificação, não possuem cadastro, não possuem nada. Então aí é um desafio porque ele entra e normalmente a gente vai fazer avaliação daquele ponto." (G5)

> "A forma de tratar é diferente, a abordagem, o atendimento dessa população vulnerável é diferente. Aqui é a segunda população de rua que eu tenho na regional norte, eu tenho quase assim, não vou falar que é uma cidade porque eu estaria exagerando, mas eu tenho uma população de rua enorme no muro daquele condomínio. Até a forma de conduzir, como que eu vinculo uma população de rua, o horário para eles, não tenho como ser rígida. Tem que ter uma flexibilidade, questão que perdeu uma consulta, eu não posso ter o mesmo olhar." (G8)

> "O centro de saúde tem uma população 100% SUS dependente, toda área CRAS e tem muita família beneficiária do programa bolsa família. É uma área muito vulnerável e uma população muito grande em situação de rua, muitas em uso de álcool e drogas. A gente tem a população em situação de rua que está no abrigo e tem a população em situação de rua que não é de ninguém, teoricamente, que está em torno do nosso território e que não tem endereço físico e que nós temos que atender." (G14)

A população de rua é definida como um grupo populacional que tem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia regular e que utiliza os espaços públicos como moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento, para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009). Para atender às especificidades dessa população, a equipe, muitas vezes, tem que atuar fora dos padrões preestabelecidos pela instituição e ensinados na graduação.

No atendimento à população de rua, frequentemente não há histórico clínico, a anamnese pode ser difícil de ser construída devido à falta de vínculo, premissa fundamental para que o cuidado seja efetivo na APS. Ademais, a elaboração do plano de cuidados fica comprometida, uma vez que o usuário não tem residência fixa e não se sabe se ele retornará à unidade.

As pessoas em situação de rua são vítimas de preconceito e se deparam com o despreparo de alguns profissionais para a realização de escuta qualificada e no atendimento efetivo das suas necessidades (ANTUNES; ROSA; BRETAS, 2016). Hino, Santos e Rosa (2018) constataram que a saúde dessas pessoas está ainda mais debilitada porque são infringidos os princípios da universalidade, da equidade no acesso às ações e serviços e da integralidade da assistência.

Para atender a esse grupo populacional de forma adequada, é necessária a flexibilidade da equipe quanto ao horário de atendimento e frequência da realização de procedimentos, a escuta humanizada e o olhar diferenciado para as demandas que eles buscam soluções nas Unidades Básicas de Saúde. Viegas e Penna (2015) afirmam que não basta que os profissionais possuam um olhar atento e capaz de apreender as necessidades do usuário. É necessário que a população tenha acesso a um sistema com ações integrais e intersetoriais para a materialização da saúde como direito que é de todos.

Face à diversidade populacional atendida pelos gerentes, é possível apreender a complexidade de sua atuação com vistas à efetivação das ações de saúde. Tal atuação prescinde de parcerias intersetoriais e de práticas interdisciplinares, o que perpassa vários órgãos políticos e sociais.

Os gerentes reconheceram a importância da intersetorialidade para lidar com as questões que envolviam a vulnerabilidade. G10, G17 e G19 a mencionaram como sendo a forma encontrada para articular as ações e oferecer assistência integral.

> “Quando você trabalha com população muito vulnerável, a intersetorialidade, ela tem que ser trabalhada além da questão local. A escuta que eu faço de uma pessoa que não tem acesso a saneamento básico, porque eu tenho área de invasão, por exemplo. Então, a família está totalmente desestruturada. Eu tenho família aqui que os filhos usam droga, maconha dentro de casa, crianças de 7 anos. O pai tem problema mental sério, internado no CERSAM, a mãe cuida de ninguém, negligente com todo mundo, moram em casas extremamente precárias, aquele monte de gente. Todo mundo usa droga e tem uma pessoa no CERSAM.” (G10)

> “A vulnerabilidade me faz trabalhar mais questões sociais, articulações intersetoriais aqui são muito mais, acontecem muito mais do que eu percebo em outras unidades e isso é muito mais trabalhoso. Então eu percebo que isso que faz diferença na minha prática sabe, me fez construir novos caminhos, com a educação, com o social, outras propostas mesmo.” (G17)

> “Nós precisamos procurar outros parceiros para nos ajudar, porque sozinho você não consegue.” (G19)

A intersetorialidade é definida como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, de programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados de forma coesa e coletiva em situações complexas (INOJOSA, 2001). O que se pretende, além de se reunir setores, é criar uma nova dinâmica para as políticas governamentais, com base no território e na população. Entende-se que não há como responder de forma adequada às necessidades que se apresentam no cotidiano dos trabalhadores que atuam em áreas de vulnerabilidade com a oferta de um único saber.

Cunha (2010, p. 30) destaca que “reconhecer os limites, valores (subjetivos) e os poderes associados aos saberes é um recurso muito valioso para uma intervenção mais qualificada e menos alienada”. O autor evidencia que não se trata apenas de reconhecer os limites deste ou daquele saber, mas de desenvolver capacidade crítica, fortalecendo, assim, a necessidade de ações interdisciplinares como alicerce para as práticas em saúde. Por essa razão, torna-se imprescindível estimular a intersetorialidade mediante a busca por parceiros em outros setores, estejam eles dentro ou fora da instituição, para que possam responder adequadamente a todas as necessidades da população.

Entretanto, a ação intersetorial para a ESF representa um grande desafio na articulação e no planejamento cotidiano. Segundo Garcia *et al*. (2014), o diálogo intersetorial requer respeito pela visão do outro e sua contribuição no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma estratégia importante de reconstrução das práticas de saúde. Com a intersetorialidade, busca-se a superação

de uma visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade. Portanto, o trabalho intersetorial é relatado por Silva e Tavares (2016) como instrumento relevante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde, sendo a ação chave no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família, principalmente, em comunidades vulneráveis.

Essa busca, mesmo necessária na visão do gerente, muitas vezes não é fácil devido à falta de equipamentos sociais no território, como citado por G2, G9 e G19.

> "Aqui, no território, não tem nada. O centro de saúde é o único equipamento municipal do território. Eu tenho duas escolas estaduais no território. Não tenho UMEI, não tem escola. Então, é um território que não tem onde você desenvolver ações. Nem aquelas academias públicas que o pessoal ganhou em alguns territórios, aqui não ganhou." (G2)

> "Um outro obstáculo que eu vejo é a falta de equipamento social aqui no bairro. Eu acho que são poucos, isso é um obstáculo para mim porque esse eu não consigo transpô-lo, isso é uma dificuldade que as vezes eu tento articular." (G9)

> "A população é tão vulnerável que eles não conseguem se organizar, não tem nenhuma ONG, nenhuma área industrial e nem comercial, é totalmente desprovida. É uma área que não tem nada, só o lazer, que é a academia da cidade, no melhor bairro da área. Mas, as áreas de grande vulnerabilidade, para chegar nessa área tem que andar mais de 4 km ou pegar ônibus, mas ninguém vai pegar ônibus para ir a academia. O que é triste é a gente ver toda essa exigência, de cadastro e tudo mais, onde mostra a vulnerabilidade da população, mas que não tem política voltada pra eles." (G19)

Os equipamentos sociais escassos no território fragilizam o cuidado prestado à população, dada a complexidade das demandas por ela requeridas. De acordo com França, Modena e Confalonieri (2016), o alcance da saúde deve ser mediado pela oferta de equipamentos e dispositivos de fácil acesso. Segundo esses autores, a expansão e a ampliação na oferta de serviços da saúde, compatíveis com as demandas da população, exigem políticas públicas e ações coerentes e legítimas junto a cada realidade. Portanto, a escassez de recursos e a falta de infraestrutura adequada dificultam que as equipes consigam responder de forma adequada a todas as necessidades da população, além de interferir na implantação e no desenvolvimento de atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Face à diversidade e particularidades da população, cabe ao gerente oportunizar que sua equipe atue fora dos padrões estabelecidos, resguardando as necessidades da população, além de fomentar a construção do olhar humanizado,

empático e consciente na resolução das demandas, como expressaram G3, G10 e G17.

> “A equipe consegue, por exemplo, entender que essa população por ser mais vulnerável, o horário de acordar dela é diferente de uma outra população que é atendida aqui na nossa unidade também. Então, que alguns atendimentos, não adianta a equipe procurar ser muito cedo, porque não vai ter muita adesão. Justamente, porque, por exemplo, só a título de exemplo: essa população, durante a noite, eles tocam muito funk. Então, a população dorme muito tarde, porque não consegue. E a população aceita isso de uma forma geral, porque quem coloca o funk são os traficantes. E aí, então, essa população não consegue acordar cedo, porque ela foi dormir muito tarde. Algumas coisas, a gente sabe que eles vão ter muita dificuldade. Então, a equipe, ela vai conhecendo essas particularidades da família, daquela população, quem são as famílias que precisam de um atendimento mais contínuo, mais próximo, de mais visitas.” (G3)

> “É uma regional muito pobre, com demandas de muita vulnerabilidade, com demandas diversas, sociais, econômicas e de saúde, muitas coisas básicas de saúde. Então, quando você tem essa disposição de lidar com o outro, de trabalhar com o outro que tem essas carências, você vai de coração aberto, você oferece muito mais do que só o atendimento de saúde. Porque muitas vezes, o que as pessoas menos querem é o atendimento de saúde. Muitas vezes, o que elas mais querem é serem ouvidas, que também é um processo terapêutico, não deixa de ser. Independente se você está na recepção, se você é gerente, você tem que ter esse olhar que a pessoa está ali, pensar que ela tem uma infinidade de coisas complicadas na vida dela. Então, eu acho que a sensibilidade com o outro que está faltando hoje em dia. As pessoas estão cada vez mais individualistas, querem saber do capital, do dinheiro, acho que está faltando sim. Eu tento não me prender nisso, faz parte da minha essência e eu tento manter na minha essência, isso de que a gente tem uma função mesmo social.” (G10)

> “Não adianta você trabalhar com uma comunidade que passa fome, que não tem aonde dormir direito, que sofre com alagamento, enchente, com várias outras questões e eu não ter o olhar diferenciado e eu querer que ela cumpra um horário de acolhimento, que ela tenha rotina com a sua medicação. E então, isso para mim, é o diferencial desse centro de saúde.” (G17)

Percebe-se a necessidade de uma abordagem diferenciada da equipe que atua em áreas de vulnerabilidade para lidar com os usuários, uma vez que é preciso desenvolver empatia, alterar rotinas de trabalho e ter sensibilidade aguçada face às complexas demandas das pessoas que vivem em situações tão adversas. Segundo Silva e colaboradores (2017), as competências técnicas dos trabalhadores precisam estar articuladas com as competências humanas que requerem habilidades dos profissionais no modo de se relacionar com as pessoas. Isso envolve reconhecer as especificidades que a população em situação de vulnerabilidade possui.

Visto o exposto, é fundamental que a equipe adeque seus horários e a forma de atendimento e que o servidor tenha perfil para realizar o trabalho. Conforme as

afirmações de G14 e G17, embora a vulnerabilidade seja um desafio, ela não pode ser um obstáculo para sua atuação. Para tanto, é importante que novos caminhos e novas práticas sejam assumidas. Afinal, o atendimento dessa população em situação de vulnerabilidade impacta no trabalho da equipe e, consequentemente, na forma de atuação do gerente.

> "Então o território em si, a vulnerabilidade, o desafio que a gente tem é garantir o direito do usuário, mas não de conflito desse usuário. Nós estamos em um território no meio da favela bastante conhecida em Belo Horizonte, isso não é um obstáculo." (G14)

> "Eu vejo que a vulnerabilidade interfere muito no meu trabalho, porque muitas vezes o dia a dia, o que é preconizado para um gerente fazer eu não consigo fazer as vezes porque eu estou disponível para fazer a horta do centro de saúde, eu estou disponível para fazer a passeata da violência, então eu percebo que isso interfere muito no meu trabalho. Além de tudo me faz estudar muito, porque as pessoas aqui elas querem buscar novos caminhos além do protocolo e para você buscar novos caminhos eu também tenho que estar entendendo que caminho é esse, porque como é que eu vou construir com a minha equipe um caminho novo se eu não sei, se eu só conheço o protocolo." (G17)

O atendimento da população em situação de vulnerabilidade não é considerado um obstáculo para o gerente, a despeito do seu caráter desafiador e de impactar no seu trabalho e na forma como gerencia sua equipe. Para Ayres *et al*. (2009), o olhar da saúde não se distancia de um sentido mais abrangente em relação a contextos desiguais e injustos socialmente, visto que refina a importância da capacidade de elaboração e interesse dos sujeitos para a incorporação dessa temática em seu cotidiano de trabalho. Portanto, para G14 e G17, trabalhar em áreas vulneráveis já estava tão incorporado à rotina que aquilo não era mais um problema, convergindo com as suas vontades e percepções. Entretanto, a existência de populações vulneráveis no território adscrito pode ser um critério de escolha para o profissional ocupar ou não o cargo gerencial, como expôs G5.

> "A minha área não é uma área de grande vulnerabilidade, é uma área de média vulnerabilidade. Então isso facilita porque eu não tenho grandes desafios da vulnerabilidade social alta. Isso para mim foi um motivo de escolha desse centro de saúde, por ser uma área que eu conseguiria dominar sem tantos desafios ainda maiores." (G5)

Gerenciar áreas com alta vulnerabilidade consiste em um desafio ainda maior para alguns profissionais. Afinal, grande parte do tempo do gerente é destinado ao

auxílio das equipes na condução de casos complexos. Entretanto, muitas vezes o gerente não consegue agir como gostaria na oferta do cuidado que solucione as inúmeras demandas dessa população, como expôs G19.

> "Temos famílias que o pai é alcoólatra, o filho é usuário de droga, a filha é prostituta, e todos numa mesma casa. Isso é um desequilíbrio familiar muito grande, fora que mora todo mundo num cômodo pequeno, as vezes onde crianças são estupradas, onde tem simulações que está tendo relações sexuais com outra criança, e nós assistimos isso. Os valores são muito diferentes. Nessas áreas de vulnerabilidade dá mais ansiedade, e maior desconforto, porque por mais que você se envolva e trabalhe muito, você não tem o resultado que você gostaria no final, porque tem muitos fatores envolvidos." (G19)

Ao perceber que não conseguiu atingir o objetivo pretendido, à medida em que não solucionou a totalidade das demandas apresentadas pela família, o gerente se sente insatisfeito. Santos e Penna (2015) afirmam que ser resolutivo, na perspectiva do usuário, é o produto do encontro entre as necessidades sentidas, a oferta de serviços e o tempo gasto para que a necessidade seja atendida. Caso as necessidades sejam comuns à oferta de serviços e as respostas aconteçam no tempo oportuno, o atendimento será considerado resolutivo. Isso reforça a importância do cuidado prestado estar em consonância com as necessidades da população.

Outro aspecto observado foi como o contexto em que os gerentes estão inseridos, marcado pela vulnerabilidade, determina a forma como eles gerenciam e lidam com o cuidado, o que contribui para a construção do sentido que eles atribuem ao trabalho. G3, G5, G8 e G14 apontaram que a população em situação de vulnerabilidade exigia deles um olhar diferenciado e adaptações no processo de trabalho para conseguirem efetivar as atividades previstas, o que influenciava na construção do sentido que o trabalho assumia em seu cotidiano.

> "Como gerente, eu tenho que organizar a unidade para poder atender as particularidades da vulnerabilidade. Então, se a equipe vai fazer um grupo, dependendo do grupo, a gente vai organizar algum espaço, tem que pensar nessa particularidade. Algum atendimento do profissional, o horário de agenda dos profissionais de apoio, por exemplo, para essa equipe tem que ser uns horários que são mais para o final da manhã ou à tarde." (G3)

> "(...) a vulnerabilidade para o gerente ela entra na organização para que as coisas caminhem." (G5)

> “Não dá para ser rígida com essa população vulnerável. Por exemplo, o acolhimento é sempre uma polêmica. A gente não pode prever um horário, tem que ficar acolhendo o dia todo. O que eu faço é, às vezes, eu chego de manhã e eu faço sala de espera com o pessoal que está lá, eu falo com eles: “Gente, acolher, a gente acolhe o dia inteiro. Você pode vir o dia inteiro, a gente vai dar a resposta, que nem sempre vai ser a que vocês querem, mas vocês têm que entender que a gente funciona de segunda a sexta feira, que a gente tem horário.” (G8)

> “Para atuar em uma UBS em situação de vulnerabilidade é você ter o olhar do todo, então eu acho que isso conta muito no assistente social, é de você entender que você tem o papel diferenciado.” (G14)

Ao internalizar as necessidades da população em situação de vulnerabilidade, o gerente modifica sua percepção e sua forma de gerenciar, precisando organizar e planejar o atendimento que será prestado à população, juntamente com sua equipe. É essa percepção diferenciada do gerente para a vulnerabilidade da população adscrita que auxiliará as equipes na garantia de acesso à população, que é tão dependente do SUS e que tem dificuldade em se adequar às normas convencionais pré-estabelecidas. A abordagem da vulnerabilidade além do processo saúde-doença implica em uma dimensão de sentidos e de significados a determinadas situações, interferindo nas trajetórias individuais e interativas da comunidade (ROUTTI; MASSA; PERES, 2011). É fundamental que o gerente motive sua equipe e obtenha satisfação pessoal em trabalhar com esse público, que demanda muito da unidade e que tem necessidades complexas de saúde e sociais para serem solucionadas.

Ao identificar as particularidades da população em situação de vulnerabilidade, os gerentes executam atividades que não estavam previstas, estando essa imprevisibilidade associada à construção do sentido que esse trabalho assume, como é possível observar nos depoimentos de G9, G15 e G19.

> “A vulnerabilidade impacta diretamente na minha rotina e também no que eu tenho que propor para as equipes. Então, por exemplo, qual equipe que está lá naquela área de muito elevado risco? O que nós podemos pensar para aquela área? Então, é o que eu venho provocando com as equipes.” (G9)

> “É uma comunidade que além dos problemas de saúde, a gente enfrenta problemas sociais muito graves. Então, normalmente, por trás de todo problema de saúde, tem um problema social. Isso demanda da gente muito. Demanda questão de a gente estar sempre envolvida muito com questão de processo, fluxo de trabalho, mas também tem um lado muito humano. Um desgaste muito grande da gente, mas é um trabalho que eu gosto muito. Apesar de ser uma tarefa muito difícil, é uma tarefa que me dá muita energia. Eu nunca estou sem energia, estou sempre procurando fazer as coisas diferentes, tentando mudar todo dia, mas aqui é um desafio muito grande.” (G15)

> “Na minha rotina as peculiaridades de uma população vulnerável interferem demais, porque várias vezes eu chego, organizo a minha agenda com um cronograma e de repente chega uma mulher que foi agredida pelo marido ou chega um caso de uma criança que foi abusada sexualmente, acabou meu dia. Meu trabalho agora é me envolver, resolver essa situação, que é a mais drástica.” (G19)

Ao considerar a complexidade das necessidades da população em situação de vulnerabilidade, Silva, Oliveira e Alvarenga (2012) relatam que para responder a todas as demandas de forma adequada é necessário mobilizar outras estruturas que não estão restritas à dimensão singular dos serviços de saúde. Portanto, percebeu-se no relato dos gerentes que é fundamental que toda equipe organize seu processo de trabalho para atuar em consonância com as demandas trazidas por aquela população. Afinal, como sugerem Sanchéz e Bertolozzi (2007), a noção de vulnerabilidade, que está em constante construção no campo da saúde pública, é um potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde.

Em contrapartida a todas as dificuldades, fragilidades e vulnerabilidades, G7 e G8 expressaram algumas vezes perceber na população a busca pela mudança na realidade social.

> “Eu vejo que os jovens que estão aqui estão mudando um pouco isso, tirando o jovem que não quer estudar, outro jovem que está querendo melhorar, porque não quer ficar nessa situação. Ele já está estudando, acompanha o pai ou a mãe na unidade e ele instrui.” (G7)

> “É uma regional com uma população desafiadora, é uma população quase 100% usuária do SUS, que precisa mesmo, população carente, mas que ainda tem muito que avançar na cidadania, nos direitos e deveres, a gente percebe isso no dia a dia. Avançou muito na questão da coparticipação, das comissões, dos conselhos, mas ainda é uma coisa que precisa ser amadurecida, mas isso é uma coisa que a gente aprende até junto com a parceria com a educação.” (G8)

A busca de novos conhecimentos pela população jovem, por meio da escola, e a conscientização dos usuários sobre a importância de sua participação no controle social refletem possíveis mudanças na forma como as equipes desenvolverão seu trabalho. A participação social constitui importante estratégia para o enfrentamento das desigualdades sociais, sendo feita de forma coletiva pelos atores locais e equipes de saúde, mobilizando a comunidade para a corresponsabilização e para o planejamento de ações de intervenção em situações de vulnerabilidade (SOUSA *et al*., 2017).

Assim, cabe ao gerente, segundo Ohira, Cordoni e Nunes (2014), estimular a população a participar de mecanismos institucionais de controle social, favorecendo assim uma gestão mais colegiada e participativa. Nesse sentido, a compreensão da vulnerabilidade tem contribuição fundamental sobre a dinâmica dos processos sociais, culturais e individuais que conformam a suscetibilidade dos indivíduos a um determinado evento, proporcionando uma reflexão mais abrangente sobre os processos saúde-doença na atuação dos gerentes e da equipe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação permitiu identificar que a construção do sentido do trabalho para os gerentes que atuam em Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte de Belo Horizonte é permeada por diversos fatores que estão diretamente ligados ao cotidiano do trabalho e que ela acontece apesar da macroestrutura da instituição. No que se refere às dimensões do sentido do trabalho, percebe-se que todas possuem seu grau de importância mas que, neste estudo, os elementos elencados na dimensão individual e, principalmente, na dimensão social se sobrepõem aos da dimensão organizacional na construção do sentido do trabalho para os gerentes visto que a organização se destacou pelos aspectos dificultadores e também na complexidade do sentido desse trabalho.

Esse achado sinaliza avanços teóricos, considerando as especificidades da construção dos sentidos do trabalho para gerentes que atuam na área da saúde, reforçando a importância da instituição como organização no contexto da atenção primária em apoiar e se consolidar como elemento edificador nessa construção. A atuação do gerente junto a populações em situação de vulnerabilidade, influencia a construção da sua identidade profissional e a atribuição dos sentidos do trabalho que ele realiza.

A abordagem qualitativa desse estudo possibilitou a apreensão e a compreensão do cotidiano de trabalho do gerente da Atenção Primária à Saúde, principalmente no que se refere ao sentido que ele estabelece com seu trabalho.

Foi evidenciado que o gerente pode se constituir um elemento fundamental para a implementação de mudanças nos serviços de saúde com vistas à integralidade da atenção aos usuários no Sistema Único de Saúde, considerando sua destacada atuação tanto na organização do processo de trabalho como na gestão da assistência prestada.

As questões abordadas remetem à necessidade de se repensar o processo de trabalho dos gerentes, uma vez que as questões administrativas ainda demandam muito tempo desses profissionais, prejudicando a coordenação do cuidado, que deveria ser seu principal foco. Isso gera uma sobrecarga que impacta na sua satisfação pessoal, no seu planejamento gerencial e, consequentemente, no sentido que o trabalho assume em sua vida. Dessa forma, o gerente poderá assumir efetivamente as suas reais atribuições, buscando estratégias que resultem na

melhoria do acesso à população, além de respostas que sejam resolutivas com ações efetivas para a melhora da qualidade de vida da comunidade.

Percebeu-se, também, que a atuação do gerente demanda formação específica que propicie, sobretudo, conhecimento relacionado à gestão de pessoas de forma participativa e que proponha uma prática colaborativa aliada à aquisição de habilidades para as práticas gerenciais e sobre os modelos de gestão. Faz necessário o reconhecimento das demandas específicas da população pela qual é responsável, para que o planejamento da oferta de serviços esteja em consonância com suas necessidades.

Como limitação desse estudo, ressalta-se o recorte temporal, visto que o estudo foi realizado com os participantes que ocupam o cargo de gerente no período da coleta, atendo-se, pois, às condições de trabalho e às diretrizes institucionais da época. Além disso, esse estudo possibilitou uma visão específica acerca dessa temática, tornando-se importante a realização de novos estudos que contribuam para a discussão e ampliação das análises sobre os sentidos do trabalho para os gerentes que atuam em situação de vulnerabilidade.

Conclui-se apontando que o presente estudo possibilitou o crescimento profissional, acadêmico e pessoal da pesquisadora, aliado à convicção da importância da figura do gerente como articulador das ações e políticas em saúde, em consonância com os princípios do SUS e, acima de tudo, da responsabilidade que ele possui. Conseguir construir sentido ao trabalho realizado para esse profissional se mostra extremamente necessário para que assim ele consiga desempenhar suas funções com excelência e se sinta motivado a continuar modificando a realidade das pessoas de sua área de abrangência, principalmente das que mais necessitam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L. A. **At risk in América**: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. 2 ed. San Franscico: Jossey-Bass, 1993.

ALMEIDA, J. F. de; PERES, M. F. T.; FONSECA, T. L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **Saúde e sociedade**, v. 28, n. 1, p. 207-221, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170543. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100015&lng=em&nrm=iso. Acesso em: 05 abr. 2019.

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A.M.; SOUZA, M. K. B. (orgs). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015, p. 277-303.

ANTUNES, C. M. C.; ROSA, A. S.; BRÊTAS, A. C. P. From the stigmatizing disease to resignification of living on the streets. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1150. DOI: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.33141. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-176242-2-pb.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-144.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BAZZO-ROMAGNOLLI, A. P.; GIMENEZ-CARVALHO, B.; POLO DE ALMEIDA NUNES, E. F. Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 13, n. 27, p. 168-80. 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.gubs. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a1 0.pdf. Acesso em: 15 abr. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Regiões administrativas**. 2011. Disponível em: http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/estrut.ura-territorial/regioesadministrativas. Acesso em 05 fev. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2016**. Belo Horizonte, 2016.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **BH em Pauta: Conheça o sistema de números e cores dos ônibus**. 2019. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/bh-em-pauta-conheca-o-sistema-de-numeros-e-cores-dos-onibus. Acesso em: 12 jun. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Decreto Nº 16.767, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2017. **Diário Oficial do Município,** 09 nov. 2017. **Disponível em:** http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=11864 04. Acesso em: 10 abr. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Índice de vulnerabilidade da Saúde – 2012**. 2013. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/ sites/default/files/.../indice_vulnerabilidade2012.pdf. Acesso em: 06 jun. 2019.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0356/2018. **Diário Oficial do Município**, 5 set. 2018.

BEZERRA, V. M. *et al*. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1835-1847, 2014.

BOTTOM, A. **Como ser feliz ganhando o pão? Entrevista Máquina de Escrever**: um olhar crítico sobre a literatura, cinema e artes plásticas, 2009. Disponível em: http://g1.globo.com/platb/maquinadeescrever/2009/12/05/trabalhas-faz-sentido/. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 05 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRITO, M. J. M. *et al*. Mulheres na Gestão Hospitalar: Significando o Trabalho Gerencial em um Hospital. **Gestão e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1429, 2015. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2958. Acesso: em 12 de junho de 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A formação em saúde e o Apoio Paideia: referenciais teóricos e metodológicos. *In*: CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e formação Paideia**: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 123.

CAMPOS, R. T. O. *et al*. Assesment of quality of access in primary care in a large Brazilian city in the perspective of users. **Saúde Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

CARAM, C. S.; REZENDE, L. C.; BRITO, M. J. M. Prática colaborativa: potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 21:e1070, 2017. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170 080. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1208. Acesso em: 20 mai. 2019.

CARVALHO, M. do C. N. de. **Relacionamento Interpessoal**: como preservar o sujeito coletivo. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à Teoria das organizações**. São Paulo: Manole, 2010.

CHIESA, A. M. A promoção da saúde como eixo estruturante da atenção à criança no Programa Saúde da Família. *In*: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P**. Promoção da Saúde da Criança**. São Paulo, 2009. p. 29-42.

COATTO, A.; TRALDI, M. C. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 52, p. 180-186, 2011.

CUNHA, G T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

DUBAR, C. **A socialização:** construção das identidades sociais. Porto: Porto Editora, 1997.

FERNANDES, J. C.; CORDEIRO, B. C. O gerenciamento de unidades básicas de saúde no olhar dos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 1, p. 194 - 202, 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a2331 1p1 94-202-2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23311/25979 Acesso em: 05 jun. 2019.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, 2009. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800028. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2019.

FERRAZ, C. A.; GOMES, E. L. R.; MISHIMA, S. M. O desafio teórico-prático da gestão dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 57, n. 4, p.395-400, 2011.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu),** v. 9, p. 489-506, 2005.

DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000300003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

FRANCA, V. H. de.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. A multiprofessional perspective on the principal barriers to universal health coverage and universal access to health in extremely poor territories: the contributions of nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2795, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/158 -8345.1042.2688. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S0104-11692016000100319&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2019.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. **Manual do Gerente**: Desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. 208 p.

FREITAS, L. N.; MICHELETI, V. C. D.; HOLZ, L. M. Desafios da atenção básica frente às iniquidades em saúde. **Revista Opinião Filosófica**, v. 3, n. 1, 2012.

FUNDAÇÂO CULTURAL PALMARES (FCP). **Quilombos ainda existem no Brasil.** 2008. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?P=3041. Acesso em: 08 mai. 2019.

GARCIA, L. M. T. *et al*. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 966-980, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140083. Disponível em: http://www.scielo .br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400966&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 mai. 2019.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for perifheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, 2003.

GRIGOLETTO, M. V. D.; RAMOS, L. H. D. **Gestão de serviços de saúde**. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. Acervo de recursos educacionais em saúde, 2012.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700684& lng=en&nrm =iso. Acesso em: 10 fev. 2019.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, n. 22, p. 102-110, 2001.

LIMA, F. S. F. *et al*. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 33, n. 2, p. e00157815, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00157815. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00157815.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

LIMA, L. *et al*. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/en_1414-8145-ean-18-01-0017.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0436. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-5762201 40436.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 426-32. 2007.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193 p.

MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.

MONTEIRO, C.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. L. G. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 169-179, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0251.2539 Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019.

MORIN, E. L'efficacité organisationnelle et sens du travail. *In*: PAUCHAUNT, T. (org) **La quête du sens: gerer nos organizations pour la snaté des personnes, de nos sociètés et de la nature**. Quebec: Editions de l'organisation, 1996, p. 257-286

MORIN, E. Le sens du travail pour des gestionnaires francophones. **Revue Psychologie du Travail e des Organizations**, v. 3, n. 2/3, p. 26-45, 1997.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. **GV-executivo**, v. 1, n. 1, p. 71-75, 2002.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas,** v. 41, n. 3, p. 8-19, 2001.

MORIN, E. M. **Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel**. Montréal: École des Hautes Études Commerciales, 2008.
MORIN, E. Os sentidos do trabalho. In: WOOD, Thomaz (org). **Gestão Empresarial**: o fator humano. São Paulo, Ed. Atlas.

MORIN, E. The meaning of work in modern times. *In*: WORLD CONGRESS ON HUMAN RESOURCES MANAGEMENT, 10, 2004, Rio de Janeiro. **Proceedings [...].** Rio de Janeiro: WFPMA, 2004, p. 1-12.

MORIN, E.; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V O trabalho e seus sentidos. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 47-56, 2007.

MORIN, E; GAGNÉ, C. **Donner un sens au travail: promouvoir le bien-être psychologique**. Montréal: IRST, 2009. 20p. Disponível em: http://www.irsst.qc.ca/ media/documents/PubIRSST/R-624.pdf. Acesso em: 08 de janeiro de 2019.

MUÑOZ-SÁNCHES AI, BERTOLOZZI MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento científico em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-24, 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-812320 07000200007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _arttext&pid=S1413-81232007000200007. Acesso em: 05 mai. 2019.

NICHIATA, L. Y. I. *et al*. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, 2008. DOI: https://doi.or g/10.1590/S0104-11692008000500020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rla e/v16n5/pt_20.pdf. Acesso em: 04 maio. 2019.

NICHIATA, L. Y. I. *et al*. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1769-1773, 2011. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800023. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S0080-62342011000800023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 abr. 2019.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI-JR, L.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primaria a Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p.393-400, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21952012. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200 393. Acesso em: 12 jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Brasília: OMS-UNICEF, 1979.

OYEDELE, L. O. Analysis of architects' demotivating factors in design firms. **International Journal of Project Management**, v. 31, n. 3, p. 342-354, 2013.

PAIM, J. S**. Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PALHONI, A. R. G.; DE MATTOS PENNA, C. M. Atenção à saúde na constituição de necessidades em saúde para usuários da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde,** v. 16*,* n*.* 4, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i4.40371. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/40371. Acesso em: 20 abr. 2019.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Introdução. In: PINHEIRO R.; MARTINS P. H. (org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS; 2011. p. 19-33.

PINHO, L. *et al*. Condições de saúde de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, p. 1847-1855, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamEntal/article/view/3436. Acesso em: 25 abr. 2019.

PINTO, A. G. A. *et al*. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 70, n. 5, p. 920-927, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000500920&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2019.

POUPART, J. *et al*. **A pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, D. T. *et al*. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RÉGIS, L. F. L.; PORTO, I. S. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 334-41, 2011.

REZENDE, L. C. **O cotidiano de uma comunidade quilombola: a (des)construção da integralidade na visão de moradores e equipe de saúde**. 2015. 109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

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. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011. Disponível em: http://www. scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf. Acesso em: 04 mai. 2019.

RODRIGUES, A. L.; BARRICHELLO, A.; MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. **Revista de Administração de Empresas,** v. 56, n. 2, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020160206. Disponível em: https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/os_sentidos_do_trabalho_para_profissionais_de_enfermagem_um_estudo_multimetodos_0.pdf. Acesso em: 11 jun. 2019.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. *In*: DINIZ, D.; SUGAI, A.; GUILHERM, D.; SQUINCA, F. (org.). **Ética em pesquisa**: temas globais. Brasília: Letras Livres, 2008.

RUOTTI, C.; MASSA, V.C.; PERES, M.F.T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. **Interface: Comunicação Saúde Educação (Botucatu)**, v. 15, n. 37, p. 377-389, 2011. DOI: http://dx.doi.org/10. 1590/S1414-32832011005000004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?sc ript=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2019.

SANCHES, M. A.; MANNES, M.; CUNHA, T. R. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética,** v. 26, n.1, p. 39-46, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261224. Disponível em: http://www.scielo .br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100039&lng=e n&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2019.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, 319-324, 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 207-215, 2010. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S1414-32832010000100017&lng=en&n rm=iso. Acesso em: 14 jun .2019.

SANTO, T. V. C.; PENNA, C. M. M. Acessibilidade e resolutividadde dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. **Pensar Acadêmico**, v. 12, n. 1, p. 98-108, 2015.

SILVA, B. A. *et al*. Reflexões sobre bioética, vulnerabilidade e risco: desafios enfrentados pelos pesquisadores. **Revista Fluminense de Extensão Universitária,** v. 7, n. 2, p. 17-21, 2017.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-

1104201611115. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0103-11042016000400193&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2019.

SILVA, K. L. *et al*. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4361 - 4370, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4361.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

SILVA, M. P. da; SIMÕES, J. M. O estudo do sentido do trabalho: contribuições e desafios para as organizações contemporâneas. **Revista Capital Científico – Eletrônica (RCCe),** v. 13, n. 3, 2015. Disponível em: https://revistas.unicentro.br/index.php/capitalcientifico/article/download/3489/2753. Acesso em: 11 jun. 2019.

SILVA, T. M. R. S.; ALVARENGA, M. R. M. A.; OLIVEIRA, M. A. de C. O. **Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 20, n. 5 [09 telas], 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500016. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48635. Acesso em: 10 jun. 2019.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS***:* avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUSA, I. V. *et al*. Estratégias de enfretamento dos problemas que interferem na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável. In: ANAIS DO 6º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 2017 Salamanca. Anais [...]. Espanha: CIAIQ, 2017.

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

TJORA, A. H. Writing small discoveries: an exploration of fresh observers' observations. **Qualitative Research**, v. 6, n. 4, p. 429-451, 2006.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. C. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 38-46, 2007.

VECCHIO, R. MOW. The meaning of working. MOW international research team. London: Academic Press, 1987.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface: Comunicação Saúde Educação (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n55/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf. Acesso em: 10 mai. 2019.

WEIRICH, C. F. *et al*. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem [Internet],** v.18, n. 2, p. 249-57, 2009. DOI:

http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000200007. Disponível em: http://www.scielo.br.pdf/tce/v18n2/07.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 60, n. 6, p. 687- 695, 2007. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO PERFIL
ENTREVISTA nº:_____Data_____/____/_____
Sexo: ( ) feminino ( ) masculino Idade:_____anos
Qual a raça/cor que você se autodeclara?
Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúva
Filhos: ( ) não ( ) sim. Quantos? _____
Profissão:_____
Tempo de Formação: _____
Curso de Pós-graduação: ( )sim ( ) não.
Qual (is)?_____
Tempo que ocupa o cargo de gerente nessa UBS: _____

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

1- Fale sobre seu trabalho como gerente desta UBS.
2- O que significa para você trabalhar na regional Norte?
3- Quais as particularidades que você identifica por atuar como gerente de uma UBS em situação de vulnerabilidade?
4- De que maneira essas particularidades que você mencionou interferem na sua prática profissional?
5- Quais são os obstáculos que você enfrenta por trabalhar nesta UBS?
6- Que ações específicas você desenvolve para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade?
7- Narre uma situação que você tenha vivenciado no atendimento à população em situação de vulnerabilidade.
    a. Você possui informações (banco de dados, por exemplo) ou desenvolve estratégias específicas para o atendimento à população negra?
    b. Fale sobre alguma situação especifica vivenciado no atendimento à População Negra (opressão, exclusão, discriminação, discriminação socioeconômica).
8- Fale sobre as principais motivações que você encontra para continuar atuando como gerente na regional Norte.
9- Quais são as suas expectativas em relação ao seu trabalho?
10- Fale sobre os impactos do seu trabalho na sua vida, na sociedade e na UBS.
11- Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

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

Gostaria de convidar você a participar de uma pesquisa intitulada "**Os sentidos do trabalho para gerentes que atuam em Unidades Básicas de Saúde com alto índice de vulnerabilidade".** Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e o avanço do conhecimento.

Essa pesquisa é um subprojeto de uma pesquisa intitulada "Prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral". Esse estudo é uma dissertação de mestrado da aluna Karina Martins de Oliveira Carvalho Lima, corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, sob coordenação da professora Dra. Maria José Menezes Brito, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Esse subprojeto tem por objetivo **compreender os sentidos do trabalho para os gerentes da regional Norte de Belo Horizonte**.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de observação e entrevista com roteiro semiestruturado com gerentes da regional Norte de Belo Horizonte, Minas Gerais. A pesquisa trará benefícios indiretos aos profissionais, uma vez que seus resultados poderão ser utilizados para a promoção da saúde, qualidade de vida do profissional e população e melhores condições de trabalho. Espera-se que os resultados desse estudo possam permitir reflexões sobre as subjetividades e potencialidades da prática profissional de gerentes da Atenção Primária à Saúde.

Você será convidado a responder sobre o seu cotidiano de trabalho, as relações envolvidas, os e questões éticas no trabalho, a contribuição do seu trabalho para a equipe e a vulnerabilidade em saúde na área em que atua. As respostas dadas por meio da entrevista serão gravadas e transcritas caso haja seu consentimento. O material coletado ficará sob a guarda dos pesquisadores acima citadas, em seu setor de trabalho na Universidade envolvida, por um período de cinco anos. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores e participantes. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito aos participantes e as Instituições participantes, em todo processo investigativo. Garantimos a indenização diante de eventuais danos que podem decorrer durante a pesquisa. Devido ao caráter interacional da coleta de dados, pode envolver possibilidade de desconforto, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento, a imagem individual e institucional serão protegidas, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas), sem ônus ou prejuízos. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa.

No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo: Eu.....,.....fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário (a) e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data. Recebi uma cópia deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do participante_____

Assinatura da pesquisadora responsável_____

_____, _____ de_____de

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar Pesquisadores Responsáveis:

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 –Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefax: (31) 3409-4592. **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277- 5309

Profª Drª Maria José Menezes Brito - Escola de Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: mj.brito@globo.com / Karina Martins de Oliveira Carvalho Lima - fone (31) 99147-9825 / E-mail: karinaoliveira2004@yahoo.com.br

ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE

PREFEITURA BELO HORIZONTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/ SMSA-BH

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71509317.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.495.834

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Estudo de Caso (EC) de natureza qualitativa. Considerando que a prática profissional é constituída de aspectos subjetivos e que são mutáveis diante do contexto histórico, cultural e social a escolha pela pesquisa qualitativa possibilita a compreensão desses aspectos específicos e dos acontecimentos no seu contexto. A abordagem qualitativa busca a apreensão global de uma visão de mundo e das essências das coisas na sua manifestação, em um dado momento e em uma dada cultura, em que o sujeito por meio de sua consciência dá um significado ao objeto, os quais são potenciais transformadores do ambiente e da sociedade na qual ele faz parte (MINAYO, 2013). Segundo Minayo (2013) a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação e nas construções humanas significativas.

Assim, abordagem qualitativa é capaz de expor a complexidade da vida humana e evidencia significados subjetivos da vida social. Parte-se do fundamento que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre os indivíduos e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo e a subjetividade do sujeito (CHIZZOTTI, 2010). Portanto, a pesquisa permite ao pesquisador compreender profundamente a realidade que emerge da percepção e da experiência de vida dos informantes.

Dessa forma, o Estudo de Caso (EC) é pertinente para essa temática, o qual busca compreender um

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

fenômeno contemporâneo social complexo (o "caso" ou "unidade de análise") em seu contexto no mundo real levando em consideração que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes e assume que esse entendimento englobe importantes condições contextuais pertinentes (YIN, 2015).

O EC é uma forma de organizar, coletar, apresentar e analisar os dados empíricos preservando o carácter único do objeto social em estudo. Sendo assim, o EC permite que o pesquisador foque um "caso" e retenha uma perspectiva holística e do mundo real se preocupando com a apresentação rigorosa e justa dos dados empíricos. Para validade do EC será utilizado fontes múltiplas de evidências de maneira que elas formam uma linha convergente de investigação (YIN, 2015). Nesse estudo serão utilizadas como fontes de evidências, observação, entrevistas individuais orientadas por roteiro semi-estruturado e grupo focal.

Participantes e cenário do estudo

Os participantes do estudo serão profissionais e gestores de categorias distintas que atuam nos níveis de atenção primário, secundário e terciário da RAS de acordo com as especificidades das equipes de saúde nos diferentes níveis, haja vista a necessidade de captação de aspectos subjetivos do cotidiano da prática profissional em cenários diversificados. Serão incluídos, também, como participantes do estudo usuários dos serviços mencionados, a inclusão dos usuários como participantes se justifica pelo fato de que a prática profissional constitui uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos, sendo legitimada pela sociedade (CORTINA, 2005). Portanto, a prática profissional é compreendida como tal por quem realiza e se beneficia dela.

Entendendo que é no campo da prática profissional que emergem os problemas morais e vivências de sofrimento moral, elegeram-se como cenário do estudo a ser realizado em Belo Horizonte, serviços que compõe os níveis primário. Tal escolha decorre do fato de a coordenadora da presente proposta realiza investigações nos diferentes cenários, com orientações de mestrado e doutorado e resultados de estudos que apontam a necessidade de aprofundamento.

Plano de coleta e análise dos dados

A coleta dos dados ocorrerá após a delimitação dos serviços nos diferentes níveis de atenção que compõe a rede de atenção à saúde nos cenários mencionados, bem como após a aprovação dos mesmos. A coleta de dados será realizada mediante observação, entrevista orientada por roteiro semiestruturado e grupo focal.

No que concerne à observação, a mesma é considerada parte essencial do trabalho de

campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013). É uma técnica para conseguir informações utilizando os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consistindo apenas em ver e ouvir, mas também, em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar.
A observação possibilita o contato pessoal e estreito do investigador com o fenômeno pesquisado, apresentando como principal objetivo registrar e acumular informações que deve ser controlada e sistemática (MARCONI; LAKATOS, 2009). Os dados obtidos serão registrados em diário de campo, recebendo a denominação de Notas de Observação (NO), pontuando impressões pessoais, como também resultados de conversas informais (MINAYO, 2013).
A respeito da entrevista, ela é capaz de obter dados subjetivos, sendo que os valores e as reflexões do participante são imprescindíveis para responder aos questionamentos do estudo (MINAYO, 2013). O roteiro semiestruturado permite, ainda, que o entrevistado fale livremente sobre suas experiências, descrevendo com detalhes as dimensões abordadas. O pesquisador, por sua vez, precisa fornecer a oportunidade do entrevistado discorrer sobre o assunto, sendo possível captar as falas de modo a enriquecer o material de análise (POUPART, 2010). A entrevista tem como objetivo captar os sentidos que os sujeitos atribuem às experiências do cotidiano e a forma com a qual interpretam sua realidade, expressando-a por meio da linguagem e dos discursos sobre si mesmos e sobre os fenômenos vivenciados.
Destaca-se que as entrevistas com profissionais da equipe de saúde e gestores serão realizadas, em sua totalidade, quando a quantidade de participantes for viável ou até que ocorra a saturação das informações, ou seja, quando os sujeitos passarem a repetir os conteúdos já obtidos com os participantes anteriormente entrevistados, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (FONTANELLA, et al, 2011). Já as entrevistas realizadas com usuários serão realizadas mediante a saturação de dados.
Com relação ao Grupo Focal (GF) é uma técnica de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas em grupos. O traço de específico do GF é o uso da interação de pessoas com certas proximidades e afinidades para produzir dados e insights que seriam menos acessíveis fora do contexto de interação que se encontra no grupo (BANCHS, 2005). Essa técnica é apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos (SEVERO, FONSECA, GOMES, 2007) bem como, possibilita entender o estreitamento em relação ao tema, no cotidiano (RESSEL, et al., 2008; DEBUS, 1997).
A coleta de dados será agendada e realizada após autorização dos participantes. Assim,

será aplicada a técnica de entrevista individual, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas na integra.

Para análise dos dados, será utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2009), consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre o pesquisador e participantes, visando obter a essência dos relatos por procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens.

A análise de conteúdo caracteriza-se como uma técnica que objetiva superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação para atingir uma análise crítica de textos, biografias, observação ou entrevistas. A análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articula a superfície descrita e analisada dos textos com os fatores que determinam suas características, quais sejam: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (BARDIN, 2009).

A Análise de Conteúdo possui como objeto a fala em seu aspecto individual e em ato da linguagem. Ademais, procura compreender os sujeitos no ambiente em que ele está inserido, em determinado momento, buscando apreender por meio das palavras e da mensagem transmitida pela fala suas realidades (BARDIN, 2009). Nesta técnica, a subjetividade dos sujeitos está presente levando em consideração a individualidade de suas falas.

Para a realização da Análise de Conteúdo serão utilizados os depoimentos das entrevistas que serão gravados e transcritos na íntegra, bem como as notas de observação registradas no diário de campo. A análise será organizada em torno de três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e tratamento dos resultados e; 3) inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

A etapa da pré-análise consiste na organização do material em si, sistematizando as ideias iniciais. Neste momento, será realizada a leitura flutuante e exaustiva das falas, buscando extrair as ideias convergentes e divergentes nos enunciados de acordo com sua representatividade e ocorrência (BARDIN, 2009).

A etapa de exploração do material consistirá no desmembramento do texto em códigos. Uma vez extraídas as ideias convergentes e divergentes na primeira fase formam-se assim os códigos e que agrupados formam categorias. A categorização é a fase que define os resultados sendo feita diante de dois critérios principais, a repetição e a relevância, e tem por objetivo produzir a representação dos dados que depois serão interpretados (TURATO, 2003).

Para realizar a codificação, proposta para essa fase da análise, será utilizado os recursos do software ATLAS.ti 7.0, o qual possibilita o gerenciamento das informações e codificações (JUSTICIA, 2003). No software, o pesquisador, para extrair ideias convergentes e divergentes, cria os códigos que, posteriormente, serão agrupados tematicamente, de forma intencional pelo pesquisador, formando as famílias. Para codificar busca-se identificar e extrair palavras e frases, não apenas pela frequência de ocorrência, mas também pela expressividade do conteúdo, observando os modos de expressão e a singularidade dos enunciados (RENNÓ, 2015). Assim, as famílias, que foram criadas após o agrupamento dos códigos por características comuns, auxiliarão na formação das categorias. Ressalta-se que o software é um mecanismo para auxiliar na organização dos dados, sendo que, para sua efetividade, é fundamental que o pesquisador o manipule em busca do seu objeto de estudo e de acordo com a técnica de análise de dados escolhida.
A última etapa, a inferência e interpretação, é fase na qual os dados categorizados serão tratados de forma a ter significados, a fim de aprofundar a análise e conferir maior densidade à investigação do fenômeno. Neste sentido, os resultados serão tratados estabelecendo diálogo com a literatura (BARDIN, 2009).

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Compreender a prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde, sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.
Objetivo Secundário:
- Compreender os valores ético-morais e as virtudes na prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS;
- Analisar como os trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS experienciam o processo de sofrimento moral em sua prática profissional;
- Analisar as estratégias de resistência e de enfrentamento desenvolvidas por profissionais da equipe de saúde e gestores que atuam na RAS frente à experiência do processo de sofrimento moral;
- Compreender como se dá a legitimação da prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da RAS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:

A colaboração dos participantes é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa se orientará e obedecerá aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e às Instituições participantes, em todo processo da pesquisa. A participação envolve riscos mínimos, haja vista que os participantes poderão ser mobilizados do ponto de vista psicológicos. Assim sendo, assume-se a responsabilidade de apoiar os participantes que apresentarem manifestações psicológicas advindas do envolvimento na pesquisa. Ressalta-se que o participante poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta, se assim o desejar.
Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e de que não serão identificados em nenhum momento, seja do ponto de vista individual ou institucional.
Benefícios:
Ao fornecer subsídios teóricos e científicos para a análise da gestão de processos de trabalho o estudo possibilita a prática profissional coerente com a lógica do SUS, colaborando, dessa forma, para a consolidação do sistema de saúde e de seus princípios fundamentais. Há, dessa forma, benefícios para a sociedade na medida em que propiciam a construção social do SUS como política pública que garante a toda a população assistência à saúde integral e de qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Em atendimento a diligência a Pesquisadora Responsável esclareceu que o subprojeto 2: "A EXPRESSÃO DA ÉTICA NA PRÁTICA PROFISSIONAL DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS" não será realizado em Belo Horizonte, o cenário de estudo dessa pesquisa será Sete Lagoas/MG.
Quanto aos subprojetos '1' e '3', entendo que Os objetivos da pesquisa são relevantes e o alcance destes poderá possibilitar conhecimentos adicionais sobre "A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a)Maria José Menezes Brito e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.
Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.
Após o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 2.493.779, os

TCLEs apresentados têm linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisador e CEPs envolvidos em sua apreciação ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte não encontrando objeções éticas após ter verificado o cumprimento dos requisitos da Resolução CNS 466/12, haja vista o cumprimento do diligenciado por meio do Parecer Consubstanciado nº 2.493.779, considera aprovado o projeto A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	esclarecimentos.pdf	15/02/2018 09:56:43	Eduardo Prates Miranda	Aceito

Continuação do Parecer: 2.495.834

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1000689.pdf	09/02/2018 22:53:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemodificado090218.pdf	09/02/2018 22:53:01	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Subprojeto3.pdf	30/01/2018 14:52:41	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Cartadeanuenciasubprojeto3.pdf	30/01/2018 14:52:08	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Cartadeanuenciasubprojeto1.pdf	30/01/2018 14:51:22	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	PraticaProfissionalQUILOMBOLA.pdf	18/07/2017 15:51:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	13/07/2017 18:12:22	Maria José Menezes Brito	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/07/2017 18:08:54	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	roteiroentrevista.pdf	13/07/2017 18:07:36	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	termoautorizacaocoletade.pdf	13/07/2017 18:07:17	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Aprovacaocamara.pdf	13/07/2017 18:06:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	13/07/2017 18:05:16	Maria José Menezes Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2017 18:00:05	Maria José Menezes Brito	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/07/2017 17:59:55	Maria José Menezes Brito	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 15 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A prática profissional da equipe de saúde e gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71509317.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.285.857

Apresentação do Projeto:

Segundo os autores do presente Projeto, "O trabalho na saúde ainda é regido por um modelo assistencial que valoriza as tecnologias duras de cuidado, priorizando os bens materiais e o enfoque individual, em detrimento das relações interpessoais e da coletividade. Percebe-se, no cotidiano das instituições de saúde, que a burocratização do trabalho e a busca pela qualidade baseada em parâmetros e indicadores têm desconfigurado a prática profissional centrada no sujeito... Dessa forma, quando o profissional não consegue alcançar o bem interno, por motivo de ordem objetiva e/ou subjetiva, ele se depara com uma potencial situação desencadeadora do processo de sofrimento moral, com repercussões importantes nos âmbitos pessoal e profissional. O sofrimento moral é marcado por manifestações de desequilíbrio psicológico fruto de vivências de situações contraditórias, as quais se configuram como obstáculos que impossibilitam ou dificultam intervenções na realidade e a adoção de atitudes e comportamentos considerados corretos e em consonância com o julgamento moral do profissional. Nessa perspectiva, necessário se faz reorientar as práticas para uma lógica voltada para a formação de equipes multiprofissionais que compartilhem, coletivamente, a busca pelo bem do usuário".

O presente Projeto de pesquisa e' composto por três Subprojetos individuais porem relacionados

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

que são apresentados na Seção de Objetivos (no projeto detalhado da pesquisa) e de Apêndices (aonde os TCLEs relativos aos Subprojetos são apresentados).

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Objetivos Específicos

- Compreender os valores ético-morais e as virtudes na prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS;
- Analisar como trabalhadores da equipe de saúde e de gestores que atuam na RAS experienciam o processo de sofrimento moral em sua prática profissional;
- Analisar as estratégias de resistência e de enfrentamento desenvolvidas por profissionais da equipe de saúde e gestores que atuam na RAS frente à experiência do processo de sofrimento moral;
- Compreender como se dá a legitimação da prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da RAS.

Objetivos dos subprojetos (segundo o projeto de pesquisa detalhado)

SUBPROJETO 1: Compreender a Prática Profissional de enfermeiros da equipe da estratégia saúde da família em comunidades quilombolas.

SUBPROJETO 2: Compreender a expressão da ética no contexto da prática profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família de um município do interior de Minas Gerais.

SUBPROJETO 3: Compreender os sentidos do trabalho para profissionais da regional Norte de Belo Horizonte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores: "A pesquisa se orientará e obedecerá aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e às Instituições participantes, em todo processo da pesquisa.

RISCOS: A participação envolve riscos mínimos, haja vista que os participantes poderão ser mobilizados do ponto de vista psicológicos. Assim sendo, assume-se a responsabilidade de apoiar os participantes que apresentarem manifestações psicológicas advindas do envolvimento na pesquisa. Ressalta-se que o participante poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta, se assim o desejar. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e de que não serão identificados em nenhum momento, seja do ponto de vista individual ou institucional."

BENEFÍCIOS: Segundo os autores "Ao fornecer subsídios teóricos e científicos para a análise da prática profissional coerente com a lógica do SUS, (o projeto) colabora, dessa forma, para a consolidação do sistema de saúde e de seus princípios fundamentais. Há, dessa forma, benefícios para a sociedade na medida em que propicia a construção social do SUS como política pública que garante a toda a população assistência à saúde integral e de qualidade".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como registrado acima, o presente projeto de Pesquisa proposto pelo Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG e' constituído por três subprojetos interligados, que se propõem a compreender a prática profissional de trabalhadores da equipe de saúde e de gestores no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob o prisma dos valores ético-morais e do sofrimento moral.

Como benefícios resultantes do presente estudo destaca-se que "a reflexão sobre a prática profissional de trabalhadores e de gestores no contexto da RAS, ... poderá sensibilizar sobre valores ético-morais, virtudes e adoção de postura crítica, promovendo protagonismo e transformação, ... poderá desencadear e potencializar ações relacionadas ao processo formativo de profissionais da saúde e de gestores para atuarem nos serviços que integram a RAS, com vistas ao cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde. Finalmente, o presente estudo pode fornecer subsídios para a análise da gestão do trabalho, com ênfase especial para a gestão de pessoas (re)valorizando e (re)significando a produção de subjetividades, propiciando a realização da prática profissional consonante com os julgamentos ético-morais de profissionais da saúde e de gestores".

Trata-se de um Estudo de Caso (EC) de natureza qualitativa, a ser realizado nos serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde na região Metropolitana de Belo Horizonte e no município de Sete Lagoa, cidades localizadas no Estado de Minas Gerais. Os participantes do estudo serão profissionais e gestores de categorias distintas que atuam nos níveis de atenção primário, secundário e terciário da RAS. Ademais, serão incluídos como participantes do estudo, os usuários dos serviços mencionados, especialmente no Subprojeto 1 que prevê incluir no estudo membros de comunidades quilombolas.

Assim, o projeto de pesquisa apresentado e' interessante, e de grande importância para a área de conhecimento e de atuação. Destaca-se a qualidade da escrita, a fundamentação teórica do Projeto e o detalhamento das partes que o compõe (Introdução, Objetivos, Metodologia, Cronograma, Anexos).

Na Seção de Metodologia e' descrito que "a coleta de dados será realizada mediante observação, entrevista orientada por roteiro semiestruturado e grupo focal", e que "a coleta de dados será agendada e realizada após autorização dos participantes. Assim, será aplicada a técnica de entrevista individual, as quais serão gravadas e posteriormente transcritas na integra".

Entretanto não e mencionado no item "Plano de coleta e análise dos dados" na seção de Metodologia, o tempo de armazenamento das entrevistas, após as etapas de analise que serão utilizadas. Dessa forma sugere-se que seja acrescentada essa informação na Seção de Metodologia do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram apresentados todos os seguintes documentos: Formulário básico de pesquisa, TCLE relativos aos três Subprojetos que compõem o Projeto maior (denominado pela proponente de Macro-projeto), folha de rosto, termo de compromisso do Coordenador do projeto e pesquisador responsável.

Destaca-se aqui, que os TCLEs apresentaram redação clara e linguagem acessível sobre os objetivos do projeto, abordagem adequada dos princípios éticos envolvendo os sujeitos da pesquisa, informações apropriadas acerca da coleta e utilização dos dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 2.285.857

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Acrescentar na Seção de Metodologia do projeto no item "Plano de coleta e análise dos dados", o tempo de armazenamento das entrevistas após as etapas de analise que serão utilizadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_961499.pdf	18/07/2017 15:53:48		Aceito
Outros	PraticaProfissionalQUILOMBOLA.pdf	18/07/2017 15:51:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	13/07/2017 18:12:22	Maria José Menezes Brito	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	13/07/2017 18:08:54	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	roteiroentrevista.pdf	13/07/2017 18:07:36	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	termoautorizacaocoletade.pdf	13/07/2017 18:07:17	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	Aprovacaocamara.pdf	13/07/2017 18:06:25	Maria José Menezes Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	13/07/2017 18:05:16	Maria José Menezes Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2017 18:00:05	Maria José Menezes Brito	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	13/07/2017 17:59:55	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	71509317aprovacaoassinada.pdf	20/09/2017 09:46:33	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 2.285.857

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BELO HORIZONTE, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br