

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Thiara Amanda Corrêa de Almeida

**“PRÁTICA DE GERENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: singularidades do  
atendimento à população em situação de vulnerabilidade”**

Belo Horizonte  
2021

Thiara Amanda Corrêa de Almeida

**“Prática de gerentes na atenção primária: singularidades do atendimento à população em situação de vulnerabilidade”**

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 Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito

Belo Horizonte

2021

Almeida, Thiara Amanda Corrêa de.  
AL447p "Prática de gerentes na atenção primária [manuscrito]: singularidades do atendimento à população em situação de vulnerabilidade". / Thiara Amanda Corrêa de Almeida. - - Belo Horizonte: 2021.  
117f.: il.  
Orientador (a): Maria José Menezes Brito.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Gestor de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Prática Profissional. 6. Vulnerabilidade em Saúde. 7. Vulnerabilidade Social. 8. Dissertação Acadêmica. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84

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



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

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**ATA DE NÚMERO 666 (SEISCENTOS E SESENTA E SEIS) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA THIARA AMANDA CORRÊA DE ALMEIDA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de dois mil vinte e um, às 10:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*PRÁTICA DE GERENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SINGULARIDADES DO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE*", da aluna **Thiara Amanda Corrêa de Almeida**, 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 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:

APROVADA;

REPROVADA.

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, 28 de abril de 2021.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito

Orientadora (EE/UFMG)

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 07/06/2021

Profª. Drª. Carolina da Silva Caram  
(EE/UFMG)

---

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

---

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

---

### MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **THIARA AMANDA CORRÊA DE ALMEIDA**.

As modificações foram as seguintes:

- Dar clareza a conceitos relativos à fundamentação teórica, reduzir fragmentos de depoimentos focalizando no objeto de análise. Reorganizar a segunda categoria. Dar visibilidade aos pressupostos da pesquisa.

NOMES

ASSINATURAS

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito

---

Profª. Drª. Carolina da Silva Caram

---

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna

---

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 07 / 06 / 2021



Documento assinado eletronicamente por **Carolina da Silva Caram, Membro**, em 26/05/2021, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria de Mattos Penna, Professora Magistério Superior - Voluntária**, em 26/05/2021, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito, Professora do Magistério Superior**, em 26/05/2021, às 21:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 27/05/2021, às 08:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0751158** e o código CRC **E6B05C42**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 07.06/2021

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde por sua entrega diária e luta inglória e, por vezes, sob condições adversas contra a Covid-19, maior pandemia da contemporaneidade. Meu eterno agradecimento por construírem e legitimarem a sua prática em busca da excelência e em defesa da vida.

É tempo de mudanças! Nunca mais seremos os mesmos e apesar de ser uma questão essencialmente coletiva, tudo começa pelo individual, onde se cuidar é cuidar dos mais vulneráveis.

## AGRADECIMENTOS

O autor agradece a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram na preparação deste trabalho e, em particular:

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **Maria José Menezes Brito**, minha orientadora, pelo apoio, dedicação, amizade, ensinamentos e generosidade em compartilhar os seus conhecimentos e experiência, me guiando durante essa caminhada. Obrigada pela confiança e incentivo constante! Você me encorajou a alçar novos voos, contribuindo imensamente para o meu crescimento profissional e pessoal. Minha eterna gratidão!

Aos meus pais, meu porto seguro. Vocês são a minha fonte de inspiração e coragem, meus exemplos de força, caráter e bondade. Obrigada pelos seus sacrifícios em prol da minha educação. **Joana e Antônio** a gratidão que há dentro de mim é reflexo do amor e da atenção que sempre tive dentro de vocês.

Ao meu esposo, melhor amigo e eterno companheiro **Lucas**, pela paciência e apoio incondicional, compreendendo a minha necessidade de dedicação ao trabalho e por não me deixar desanimar, me incentivando a buscar cada vez mais e a fazer sempre o meu melhor.

Ao meu irmão **Thiago** pelo carinho e acolhimento das minhas inseguranças.

À minha **família e amigos** por acreditarem em mim e apoiarem às minhas decisões. A minha vitória também é de vocês!

À **GESmed**, por todo o apoio e pelo tempo disponibilizado para que eu pudesse me dedicar ao mestrado, entendendo e valorizando a minha qualificação. Em especial ao **Fernando**, diretor presidente da empresa, por compreender minhas ausências e me auxiliar nos momentos mais decisivos.

Aos **professores** da Escola de Enfermagem da UFMG pela riqueza das aulas, generosidade no compartilhamento de seus conhecimentos e contribuição neste caminhar.

Aos **colegas de mestrado** pelo conhecimento construído em conjunto e companheirismo no dia a dia.

Aos jovens e talentosos **acadêmicos de enfermagem**: Luana Rezende e Thallison Santos pela ajuda, disponibilidade e presteza.

Aos **gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Regional Norte de Belo Horizonte** que participaram deste estudo, dispondo de seu tempo valioso. Seus relatos foram enriquecedores e possibilitaram imenso aprendizado.

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

À **FAPEMIG, CAPES e CNPq** por fortalecerem o conhecimento científico, financiando a realização desta pesquisa.

Agradeço a **Deus** pela vida, pelas bênçãos concedidas e pela coragem, saúde e sabedoria para vencer mais esse sonho. Que venham novos desafios e conquistas!



## EPÍGRAFE

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm 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)

ALMEIDA, T. A. C. **Prática de gerentes na atenção primária: singularidades do atendimento à população em situação de vulnerabilidade.** 2021. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

## RESUMO

No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco de conquista no campo da garantia de direito à saúde, em virtude do seu caráter universal e igualitário, sendo importante para a formulação de políticas públicas que influenciassem positivamente os determinantes sociais de saúde de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social. Com a descentralização da gestão e da assistência a Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como protagonista no enfrentamento da densa e heterogênea realidade brasileira, composta por históricas e persistentes desigualdades socioeconômicas. Com isso, os municípios assumem maior responsabilidade pela gestão e oferta de ações e serviços de saúde no território e a coordenação e reorganização do trabalho em saúde na APS. Para tanto, na partilha dos recursos financeiros e de poder, essa esfera de governo foi a que mais se beneficiou. Nesse contexto, a prática profissional dos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve ser consonante com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), abrangendo saberes técnicos, teóricos, éticos e normativos, bem como o exercício da cidadania, com vistas a garantir a equidade e melhorar as condições de saúde da população, em especial dos mais vulneráveis. Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender a prática profissional de gerentes da APS que atuam junto à população em situação de vulnerabilidade. Trata-se de um estudo qualitativo e analítico, desenvolvido nas 8 UBS da Regional Norte do Município de Belo Horizonte que apresentaram Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) classificado como D. Os participantes da pesquisa foram os gerentes que atuam nas UBS mencionadas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e aconteceu entre setembro de 2018 a março de 2019, após aprovação do projeto no Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Para análise dos dados, utilizaram-se os depoimentos das entrevistas transcritos na íntegra e a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Dos dados emergiram 2 categorias intituladas: “Prática dos gerentes na APS no contexto de vulnerabilidade” e “Particularidades no atendimento da população em situação de vulnerabilidade”. A primeira categoria enfatiza a construção da prática para esses profissionais, considerando o contexto de vulnerabilidade e as partes conceituais que a compõe, sejam relacionadas aos aspectos intrínsecos da prática (Bens internos) ou àquilo que vem como consequência do alcance do bem interno (Bens externos). Já a segunda categoria aponta as particularidades do atendimento à população vulnerável e foi dividida em 3 subcategorias: Caracterização da população em situação de vulnerabilidade na ótica dos gerentes; Ambiguidades da prática dos gerentes junto à população vulnerável e Reconhecimento das particularidades da população em situação de vulnerabilidade versus o desenvolvimento de ações específicas que considerem tais singularidades. A compreensão da prática profissional de gerentes da APS oferece subsídios para desvelar questões de natureza objetiva e subjetiva do trabalho, com enfoque para a dinâmica das relações e para o alcance do bem interno da prática, permitindo ainda dar visibilidade às situações de vulnerabilidade. Além disso, pode suscitar reflexões e novas configurações de prática e de gestão, possibilitando a transformação da realidade. Ademais o aprofundamento de estudos dessa natureza pode agregar conhecimento à produção teórica, tornando evidente questões importantes da prática profissional coerente com a lógica do SUS, colaborando para a consolidação do sistema de saúde e de seus princípios, bem como para a garantia da assistência de saúde integral, universal e de qualidade.

**Palavras-Chave:** Gestor de Saúde; Gestão em Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Prática Profissional; Vulnerabilidade em Saúde; Vulnerabilidade Social.

ALMEIDA, T. A. C. **Practice of managers in primary care: singularities of care for the population in a vulnerability situation.** 2021. 115 f. Dissertation (Masters in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

## ABSTRACT

In Brazil, the creation of Unified Health System (SUS) represented a milestone in the field of assuring the right to health, due to its universal and egalitarian character, being important for the formulation of public policies that positively influence the social determinants of health of population groups in situation of social vulnerability. With the decentralization of management and assistance, Primary Health Care (PHC) emerges as a protagonist in facing the dense and heterogeneous Brazilian reality, composed of historical and persistent socioeconomic inequalities. Thus, municipalities assume greater responsibility for the management and provision of health actions and services in the territory and the coordination and reorganization of health work in PHC. To this end, in the sharing of financial resources and power, this sphere of government was the most benefited. In this context, the professional practice of managers at Basic Health Units (BHU) must be in line with the National Primary Health Care Policy (PNAB), covering technical, theoretical, ethical, and normative knowledge, as well as the exercise of citizenship, to ensure equity and improve the health conditions of the population, especially of the most vulnerable. Based on that, the present study aimed to understand the professional practice of PHC managers who work with a vulnerable population. This is a qualitative and analytical study, developed in the 8 BHU of the Northern Region of the city of Belo Horizonte that presented Health Vulnerability Index (HVI) classified as D. The research participants were the managers who work in the mentioned BHU. Data collection was carried out through individual interviews with a semi-structured script and took place between September 2018 to March 2019, after approval of the project by the Municipal Administration Ethics Committee and signature of the Written Informed Consent Form (WICF) by the participants. For data analysis, the testimonies of the interviews were transcribed in full and the Content Analysis technique, proposed by Bardin, was used. From the data emerged 2 categories entitled: “Manager practice in PHC in the context of vulnerability” and “Particularities in the care of the population in a situation of vulnerability”. The first category emphasizes the construction of the practice for these professionals, considering the context of vulnerability and the conceptual parts that compose it, whether related to the intrinsic aspects of the practice (Internal goods) or to what comes because of achieving the internal good (External goods). The second category points out the particularities of serving the vulnerable population and was divided into 3 subcategories: Characterization of the population in a situation of vulnerability from the view of managers; Ambiguities of the manager's practice with the vulnerable population and Recognition of the particularities of the population in a situation of vulnerability versus the development of specific actions that consider such singularities. The understanding of the professional practice of PHC managers offers subsidies to unveil issues of an objective and subjective nature of the work, with a focus on the dynamics of relationships and the achievement of the internal good of the practice, giving visibility to situations of vulnerability. Also, it can provoke reflections and new configurations of practice and management, enabling the change of reality. Also, the deepening of studies of this nature can add knowledge to the theoretical production, making evident important issues of professional practice consistent with the logic of SUS, contributing to the consolidation of the health system and its principles, as well as to the guarantee comprehensive, universal, and quality health care.

**Keywords:** Health Manager; Health Management; Health Services Administration; Primary Health Care; Professional Practice; Health Vulnerability; Social Vulnerability.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Regionais de saúde de Belo Horizonte.....	31
Figura 2 - Classificação de risco da Regional Norte por bairros, 2012.....	33
Figura 3 - Localização geográfica das UBS pesquisadas na Regional Norte de Belo Horizonte.....	34

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - População de Belo Horizonte, segundo regional de saúde e sexo, 2010.	32
Tabela 2 - População por regional de saúde, segundo IVS, Belo Horizonte, 2012. ...	33
Tabela 3 - Perfil dos gerentes das UBS pesquisadas na Regional Norte de Belo Horizonte, 2018. ....	35
Tabela 4 - Tempo de realização de cada entrevista. ....	37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ENA	Enfermagem Aplicada
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>A prática profissional de gerentes no contexto da APS</b> .....	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>A vulnerabilidade social no contexto da APS</b> .....	<b>25</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo e delineamento metodológico</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário do estudo</b> .....	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes do estudo</b> .....	<b>34</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise de dados</b> .....	<b>38</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>5.1</b>	<b>Prática dos gerentes na APS no contexto de vulnerabilidade</b> .....	<b>40</b>
5.1.1	Bens internos da prática profissional.....	40
5.1.2	Bens externos da prática profissional.....	75
<b>5.2</b>	<b>Particularidades no atendimento da população em situação de vulnerabilidade</b> .....	<b>79</b>
5.2.1	Caracterização da população em situação de vulnerabilidade na ótica dos gerentes .....	79
5.2.2	Ambiguidades da prática dos gerentes junto à população vulnerável.....	82
5.2.3	Reconhecimento das particularidades da população em situação de vulnerabilidade versus o desenvolvimento de ações específicas que considerem tais singularidades .....	84
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>91</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>99</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu da necessidade de se aperfeiçoar a assistência às comunidades, reorganizando os serviços de saúde de forma que estivessem localizados próximo ao local de residência das pessoas e orientado para o atendimento e resolução da maioria dos problemas de saúde da população. Em setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, o modelo da APS ganhou especial destaque e relevância, tendo sido definido como os cuidados essenciais de saúde, embasados por métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, fundamentadas cientificamente e socialmente aceitas, disponíveis universalmente para indivíduos e famílias em determinada comunidade (OMS, 1978; NUNES *et al.*, 2018; PAUFERRO, 2018).

Nessa conjuntura, surge nos anos 70 no Brasil o projeto de Saúde Coletiva, articulando promoção-saúde-doença-cuidado e incorporando novas formas de intervenção para organização dos serviços. Nesse momento, o plano de expansão da APS estava pautado na necessidade de organizar o sistema e os serviços de saúde em função das demandas da população em nível local. Neste sentido, o que se propôs foi a organização hierárquica do sistema de saúde, sendo a APS colocada como a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (FERREIRA; CUNHA; BASTOS, 2015; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; NUNES *et al.*, 2018).

Nos anos 80, com o fim da ditadura militar no Brasil, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) assumiu a bandeira da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), promovendo reflexões e debates em defesa do direito universal à saúde. Como conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que auxiliou na posterior Assembleia Nacional Constituinte em 1988, culminando na universalidade do direito à saúde no país, oficializada com a Constituição Federal de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAUJO; PEREIRA, 2017).

Com a promulgação do SUS, novos desafios foram impostos em relação à organização da APS. Surgiram, pois, novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais norteadas pelos princípios de descentralização, integralidade, universalidade, equidade e participação social e a APS passou a ser organizada com base em alguns atributos: primeiro contato, acessibilidade, longitudinalidade,



coordenação do cuidado, abordagem ampliada, orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 1992). Nesse contexto, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), integrando os princípios da atenção primária à saúde e as expectativas dos cidadãos. O PSF consistiu na principal estratégia para a ampliação do primeiro contato e consolidação de um modelo assistencial preventivo e inclusivo, orientado para as necessidades das pessoas e fundamentado na cobertura pública universal de atenção à saúde, aproximando unidade de saúde e comunidade e profissionais de saúde e usuários, dentro de um dado território (COÊLHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018). Tal movimento de mudanças culminou em novas responsabilidades e compromissos para a esfera local, dentre as quais destacam-se a implantação do modelo de atenção básica no território, a manutenção das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento, o cofinanciamento das ações de atenção básica, a alimentação dos sistemas de informação e a avaliação do desempenho das equipes. Desta forma, o âmbito municipal despontou-se como a esfera de governo que mais se beneficiou da partilha dos recursos financeiros e de poder. No entanto, para aderir ao PSF, os municípios se viram obrigados a cumprir uma série de exigências como por exemplo implantar as normas operacionais básicas e elaborar um projeto de atenção básica à saúde em consonância com os elementos fundamentais da prestação de serviço público a serem aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde. Além disso, após a aprovação, tornou-se atribuição dos municípios selecionar e capacitar profissionais, implantar um sistema de monitoramento e avaliação do programa, bem como definir a contrapartida municipal para o financiamento das ações do programa (COÊLHO; CAVALCANTE; TURGEON, 2016).

Neste contexto, desponta a função gerencial na APS, com a definição de características e atribuições do gerente de Atenção Básica em 2017, no texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Trata-se, pois, de um profissional qualificado, preferencialmente de nível superior e com experiência na APS, cujo papel é contribuir para a qualificação e aprimoramento do processo de trabalho nas UBS, fortalecendo, por meio de função técnico-gerencial, a atenção à saúde prestada, pelos profissionais, para a população. Esse profissional tem como prerrogativa garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, bem como a gestão e organização do processo de trabalho, além da coordenação e

integração do cuidado e das ações com outros serviços da rede de atenção no município (BRASIL, 2017). Trata-se de um agente-chave para a coordenação do trabalho em equipe e para a formulação de ações coerentes com os princípios e diretrizes da PNAB. Para tanto, é fundamental que os gerentes das UBS estejam atentos às características e especificidades da população adscrita, bem como para a capacitação de sua equipe de trabalho, visando transpor a visão superficial de como as coisas se apresentam, desempenhando suas atividades de forma satisfatória e responsável (NUNES *et al.*, 2018).

Considerando a dimensão territorial do Brasil e as especificidades regionais e, por conseguinte, as particularidades da população nos diferentes contextos e, sobretudo, as discrepâncias sociais e econômicas da referida população, o papel gerencial ganha maior destaque. Nessa perspectiva, Silva, Lima e Lima (2018) afirmam que as condições de saúde são territorializadas e as vulnerabilidades sociais podem amplificar a ocorrência da manifestação de doenças. Por isso, torna-se imprescindível conhecer os territórios, especialmente aqueles em vulnerabilidade, deslocando a ótica para as questões sociais, com vista a alcançar as situações produtoras de iniquidades sociais e de saúde (LIMA; GUIMARÃES, 2018).

No âmbito da saúde, o termo vulnerabilidade é comumente utilizado na perspectiva da Epidemiologia Social, com ênfase para a compreensão do processo saúde-doença como resultado de um conjunto de determinações de diversas ordens: biológica, social, cultural, econômica, dentre outras (NAKAMURA *et al.*, 2009; PAUFERRO, 2018). Neste sentido, ao considerar os determinantes sociais de saúde, a concepção de vulnerabilidade extrapola o paradigma estritamente biológico para a caracterização do processo saúde-doença, ampliando o olhar para as ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios e que contribuem para o seu adoecimento ou para a promoção da sua saúde (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim sendo, o presente trabalho tem como pressuposto que os gerentes da APS devem considerar no desenvolvimento de sua prática profissional o conceito de vulnerabilidade, visando ampliar o olhar em face das demandas e necessidades da comunidade, especialmente dos mais vulneráveis, para assim propor novas construções e ações com foco na garantia dos direitos sociais e da assistência à saúde integral e de qualidade.

Especificamente no que se refere à capital mineira, conforme estudos que avaliam a qualidade de vida entre as capitais brasileiras, Belo Horizonte ocupa posição de destaque, apresentando números médios de acesso à infraestrutura, saneamento e habitação superiores à média dos municípios do estado e do país. No entanto, quando analisamos as desigualdades intraurbanas relativas à acessibilidade da população ao transporte, habitação, saúde, dentre outros serviços urbanos providos, ou não, pelo poder público, identificamos que a capital mineira possui uma distribuição segregada e um acesso diferenciado dos grupos sociais aos bens e serviços no espaço (SILVA; AMARAL; SIMÕES, 2012).

Conforme publicação do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) de 2012, a Regional Norte de Belo Horizonte é a mais vulnerável da cidade, apresentando quase 50% da sua população com risco muito elevado ou elevado (BELO HORIZONTE, 2013; 2018). Com base no exposto, considera-se que a população da Regional Norte pode estar mais susceptível aos processos de adoecimento em virtude das situações de vulnerabilidade às quais estão expostas. Faz-se, pois, necessário lançar um olhar diferenciado para essa população, buscando praticar o conceito ampliado de vulnerabilidade e desenvolver ações mais efetivas com foco no atendimento às suas demandas, abrangendo tanto os aspectos individuais, como também os planos coletivos, contextuais e sociais. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se apresenta como importante dispositivo de reestruturação do trabalho em saúde, com vistas a assegurar a equidade, proteger, restaurar e reabilitar a saúde da população em situação de vulnerabilidade, em um processo conjunto de produção social de saúde. As ações da ESF, desenvolvidas por equipes multiprofissionais sob a coordenação dos gerentes, possibilitam modos de produção do cuidado em território dinâmico. Tais territórios configuram-se como espaços de produção dos estilos de viver e de ser das pessoas, viabilizando a incorporação da dimensão social, cultural e simbólica na configuração da prática profissional (CAÇADOR *et al.*, 2015).

A prática profissional consiste em uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos que assumem papéis diferenciados (MOREIRA *et al.*, 2020). A essa prática são incorporados os saberes éticos-morais, os quais são norteadores da justiça social com reflexos no âmbito individual e coletivo (CORTINA, 2005). Dessa maneira, os gerentes precisam se apropriar do trabalho, conferindo-lhe sentido e significado, pois somente assim eles conseguirão construir e consolidar uma prática de excelência, sendo capazes de modificar a realidade na qual estão inseridos,

garantindo a equidade e a transformação social e melhorando as condições de saúde e de vida da população, especialmente dos mais vulneráveis.

Chama atenção a investigação pela prática profissional dos gerentes da APS que atuam em uma regional de alta vulnerabilidade, como a Regional Norte, em virtude da possibilidade de compreender se esses gerentes reconhecem a dinâmica e complexa realidade da população em situação de vulnerabilidade social, sendo capazes de oferecer um cuidado humanizado, integral e de qualidade e de atender as necessidades desse grupo de maneira efetiva. Sendo assim, o presente estudo, norteia-se pela seguinte indagação: como se dá a prática de gerentes da APS que atuam junto à população em situação de vulnerabilidade?

Estudos voltados para a prática profissional foram desenvolvidos em diversas áreas. Dentre eles destacam-se os que investigam a prática de enfermeiros em diversos cenários (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016; MAURÍCIO *et al.*, 2017; CARAM, 2018; REZENDE *et al.*, 2020). Entretanto, há lacunas sobre essa temática especificamente com gerentes de saúde da APS que atuam em contextos de vulnerabilidade, o que reforça a importância da realização de pesquisas dessa natureza para consolidar o conhecimento, ampliar as discussões e suscitar a reflexão de novas configurações das práticas gerenciais com foco no aprimoramento contínuo e na transformação da realidade da população em situação de vulnerabilidade social.

## **2 OBJETIVOS**

Compreender a prática de gerentes da Atenção Primária à Saúde que atuam junto à população em situação de vulnerabilidade.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A prática profissional de gerentes no contexto da APS

Estudos sobre a temática da prática profissional vem sendo estudados a décadas. No campo do Serviço Social, tem-se um conceito genérico para essa expressão, preocupando-se em informar como ela se estrutura. Segundo Silva (1987, p. 37):

Quando falamos em prática profissional, estamos indicando um tipo de atividade surgida para atendimento de determinadas necessidades sociais, através de serviços especializados. Estes serviços são prestados por um grupo de indivíduos treinados, legalmente habilitados, reconhecidos social e oficialmente, remunerados, e que se pautam por um código de ética e por um corpo de conhecimentos científicos.

Xavier e Miotto (2014, p. 356) refletem sobre esse conceito enquanto um ramo da prática social. Neste sentido, tais autores afirmam que:

A prática profissional, assim, é resultante da especialização do trabalho coletivo, previamente determinada pela divisão sociotécnica do trabalho, situando-se no âmbito das relações sociais concretas com uma dimensão historicamente determinada, que vai se particularizar em diversos campos de trabalho vinculados ao todo social.

Tal conceito pode ser aplicado para qualquer profissão, considerando a historicidade e os aspectos que legitimam a prática profissional, como as leis e códigos de ética que regulamentam as profissões, o currículo mínimo para a formação profissional, dentro outros instrumentos institucionais e legais que moldam seus corpos e formas. Neste sentido, pode-se concluir que qualquer prática profissional não se define ou é estabelecida pela vontade de determinados grupos, sendo, portanto, constituída nas relações desenvolvidas em um dado momento histórico (XAVIER; MIOTTO, 2014).

De maneira geral, o trabalho em saúde prevê uma construção coletiva e a complementariedade de ações de diversas profissões. Ademais a prática profissional no contexto da saúde inclui duas dimensões, uma técnica e a outra ética. A primeira está relacionada aos procedimentos, atividades e instrumentos necessários para a prestação de cuidados. Já a segunda diz respeito ao reconhecimento e à consideração em relação ao trabalho dos demais profissionais da mesma área ou de outras, transpondo o simples relacionamento interpessoal. Nesse sentido, o trabalho dos diferentes grupos de profissionais da saúde deve fluir de forma harmoniosa e

interdependente, ultrapassando a subjetividade para alcançar a intersubjetividade. Portanto, na saúde é necessário que além da dimensão técnica do trabalho que os profissionais façam uso também da dimensão ética, pois suas ações repercutem no outro, configurando-se em práticas profissionais essencialmente relacionais (MONTENEGRO *et al.*, 2016).

Neste sentido, Franco e Merhy (2012) afirmam que a prática profissional no campo da saúde envolve relações e “encontros-acontecimentos” no cotidiano, ultrapassando o saber tecnológico dos profissionais. Carnut (2017) amplia esse conceito, apresentando a ideia de que os profissionais que fazem a opção pela área da saúde devem reconhecer o caráter altruísta da profissão ao se dedicarem a outras pessoas, por vezes desconhecidas, exercendo o cuidado como prática profissional e de vida.

No entanto, apesar dessa visão abrangente do conceito de prática profissional, Montenegro e colaboradores (2016) afirmam que no setor saúde, frequentemente, prevalece as práticas centradas na execução de tarefas e procedimentos, predominando as ações impessoais e mecanicistas e a falta de comprometimento com o ser humano. Isso tem levado ao distanciamento das relações entre profissionais e pacientes e à práticas pouco humanizadas, ferindo com os aspectos éticos e descaracterizando os usuários como objeto do cuidado. Em última instância tal cenário tem repercutido na identidade dos usuários, tornando-os passivos e dependentes do conhecimento dos profissionais que os assistem.

Em contrapartida, Maurício *et al.* (2017) apontam a existência de evidências na literatura que confirmam a importância do trabalho em equipe enquanto uma ferramenta essencial para a qualidade dos serviços de saúde. Além disso, os mesmos autores fazem referência a ocorrência de associações positivas entre as relações profissionais, dando ênfase para a relação entre médicos e enfermeiros.

Na tentativa de superar os inúmeros desafios inerentes à prática profissional no setor saúde, algumas profissões, como por exemplo a enfermagem, têm buscado construir modelos de prática profissional. Esses modelos miram a criação de um ambiente promotor de uma prática exemplar e de excelência, que favoreça a qualidade assistencial e a sustentabilidade da profissão e são essenciais para o processo de acreditação em alguns países, como por exemplo nos Estados Unidos (RIBEIRO; MARTINS; TRONCHIN, 2016). Para tanto, eles compreendem 5

elementos: valores profissionais, sistemas de atendimento ao paciente, relações profissionais, abordagem de gestão e remuneração (NG'ANG'A; BYRNE, 2015).

Caram (2018, p. 36) apresenta a concepção de prática na perspectiva de MacIntyre (2007) como sendo:

[...] qualquer forma coerente e complexa de atividade humana cooperativa, socialmente estabelecida, por meio da qual os bens internos a ela pertencentes sejam buscados no decorrer da tentativa de alcançar padrões de excelência da prática.

Como consequência natural da busca pelo bem interno da prática, os profissionais podem alcançar também o bem externo. Entretanto, vale destacar que os bens externos, expressos por fama, dinheiro, prestígio, status, entre outros, não caracterizam, legitimam ou conferem sentido a prática (MACINTYRE, 2007).

A prática profissional, como atividade social é, portanto, constituída por bens internos e externos. Os bens internos dizem respeito àquilo que legitima e confere sentido a prática, consistindo na finalidade da atividade, construída pela tradição e história de determinada profissão. Portanto, o bem interno é o alvo da prática profissional, sendo no campo da saúde o bem do paciente. Na busca pelos bens internos, os profissionais decidem sobre os modos de fazer, mobilizando hábitos e atitudes de determinada época, que são considerados como virtudes (CORTINA, 2005; CARAM, 2018). Segundo MacIntyre (2007, p. 191), “a virtude é uma qualidade humana adquirida, cuja posse e cujo exercício costumam nos capacitar a alcançar aqueles bens internos às práticas e cuja ausência nos impede, para todos os efeitos, de alcançar tais bens”. A virtude está relacionada à sabedoria e inteligência para escolher as ações mais adequadas (AMARO CANO, 2015) e é incorporada ao conjunto de valores norteadores da prática com vista a excelência, sendo virtuoso o profissional que busca, na sua prática, ser o mais competente possível (CARAM, 2018). Desta forma, o desenvolvimento virtuoso da prática profissional consiste em um importante modo de ser e fazer dos profissionais para lidar cotidianamente com as imprevisibilidades do trabalho na saúde. Sem as virtudes as práticas tendem a se degenerar, corrompendo-se e devotando-se exclusivamente aos bens externos, como dinheiro, riqueza e poder. Portanto, o desafio que se impõe à prática profissional consiste no desenvolvimento de hábitos, atitudes e valores morais, para que seja possível alcançar o bem interno, sem corrompê-la na busca pelo bem externo (CORTINA, 2005).



Para fins deste estudo, assume-se a prática profissional dos gerentes que atuam no contexto da APS, portanto, torne-se relevante apresentar alguns elementos que auxiliem na caracterização e compreensão desse ramo de atividade. Neste sentido, a PNAB de 2017 inclui em seu texto as características e atribuições do gerente de Atenção Básica. De acordo com esse documento, trata-se de um profissional qualificado, preferencialmente de nível superior e que tenha experiência na APS. Tal cargo tem o objetivo de contribuir para a qualificação e aprimoramento do processo de trabalho nas UBS, fortalecendo, por meio de função técnico-gerencial, a atenção à saúde prestada, pelos profissionais, para a população. Esse profissional tem o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, bem como a gestão e organização do processo de trabalho, além da coordenação e integração do cuidado e das ações com outros serviços da rede de atenção no município (BRASIL, 2017).

Dentre as atribuições dos gerentes de Atenção Básica estão: conhecer e divulgar para os profissionais as diretrizes e normas da APS, em especial a PNAB; participar e orientar o processo de diagnóstico situacional, territorialização, planejamento e programação das equipes; acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes; mitigar a cultura na qual as equipes assumem responsabilidades pela sua própria segurança, de colegas, pacientes e familiares; assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente; estimular o vínculo entre os profissionais, favorecendo o trabalho em equipe; potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS; qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos, zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento; representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território; conhecer a RAS e participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes dos diferentes pontos de atenção; conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território; identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais e promover a Educação Permanente; desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social; tomar as providências cabíveis quanto as ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; exercer

outras atribuições designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Portanto, para o exercício da função gerencial é imprescindível uma base de conhecimentos das áreas da saúde e administração, uma visão geral do contexto no qual está inserido, compromisso social com a comunidade e vontade política, bem como um conhecimento preciso dos fundamentos dos serviços de saúde (FERNANDES *et al.*, 2019). Além disso, é importante situarmos o gerente enquanto sujeito envolvido em processos de relação social, compreendendo o significado desta categoria e a sua inserção na sociedade. Neste sentido, faz-se necessário entendermos o modo como os gerentes desenvolvem e reproduzem as relações sociais no cotidiano da sua prática profissional e quais são as implicações dessa prática para a sociedade, em especial para os mais vulneráveis.

Tendo em vista as considerações apresentadas, pode-se concluir que os gerentes são atores fundamentais para a operacionalização dos serviços de APS, sendo de extrema importância a investigação de sua prática profissional em virtude da complexidade desse espaço micropolítico (FERNANDES *et al.*, 2019). Considerando o panorama atual, em que os gerentes estão inseridos na ESF, Rezende *et al.* (2020) afirmam que o desenvolvimento da prática dos profissionais da ESF exige a captura em profundidade da realidade da coletividade, bem como do contexto sociocultural dos indivíduos ali inseridos. Isto porque, muitas vezes, a comunidade pode apresentar singularidades culturais ou situações de vulnerabilidade que demandem atenção.

Com base no exposto, torna-se relevante o desenvolvimento do presente estudo, visto que a prática do gerente, na APS, com indivíduos em situação de vulnerabilidade social, deve considerar a existência de competências específicas, capazes de dar respostas aos desafios impostos por esse contexto de diversidade cultural e social.

Por fim, a compreensão da prática profissional de gerentes pode suscitar novas configurações para a prática e gestão, intervindo e transformando a realidade, assim como tem potencial para desvelar questões subjetivas e objetivas do trabalho, por meio da dinâmica das relações e da visibilidade das situações de vulnerabilidade. Ademais o aprofundamento de estudos dessa natureza pode fornecer subsídios teóricos e científicos para a análise da prática profissional em consonância e coerência com a lógica do SUS, consolidando o sistema de saúde e seus princípios

fundamentais, com consequentes benefícios para a sociedade, especialmente para os mais vulneráveis.

### **3.2 A vulnerabilidade social no contexto da APS**

Vulnerabilidade é uma palavra originária do Latim e significa “ferida”. Assim, indivíduos vulneráveis são aqueles propensos de serem “feridos” (NEVES, 2006; TONIN; BARBOSA, 2018). Na década de 70, o conceito de vulnerabilidade começou a ser empregado na literatura sobre desastres (FATEMI *et al.*, 2017) e, desde então, a expressão vulnerabilidade social vem sendo frequentemente aplicada no sentido de risco e perigo (SOUSA *et al.*, 2020).

O termo vulnerabilidade tem origem nos Direitos Humanos, tendo sido utilizado no campo dos Direitos Universais do Homem e, historicamente, esteve atrelado à grupos minoritários ou de menor dominância social (PAUFERRO, 2018; SCOTT *et al.*, 2018; TONIN; BARBOSA, 2018; LIMA, 2019). Ayres e colaboradores (2009, p. 122), definem vulnerabilidade como “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania”. Desta forma, a vulnerabilidade social abarca tanto questões de ordem política, étnica e de orientação sexual quanto aspectos relacionados a precariedade de segmentos tidos como de “necessidades básicas” (TONIN; BARBOSA, 2018). Neste sentido, é vulnerável o indivíduo que está em desvantagem quanto à renda, serviços, qualidade de vida, saúde e educação, sendo alvo de políticas públicas que visem a garantia de direitos (SCOTT *et al.*, 2018).

O termo vulnerabilidade não é novo e vem sendo utilizado há bastante tempo pelos estudiosos das ciências sociais. Mas foi no final da década de 90 que o emprego desse termo emergiu associado aos estudos sobre pobreza (MONTEIRO, 2011; PAUFERRO, 2018). Nesse sentido, Scott *et al.* (2018) aponta que ser ou não vulnerável estava diretamente associado à condição de vida precária. Portanto, inicialmente o conceito de vulnerabilidade social esteve atrelado ao viés econômico e à inacessibilidade a bens e serviços básicos (PAUFERRO, 2018).

De acordo com Monteiro (2011) o tema da vulnerabilidade social pode ser caracterizado como um campo conceitual complexo que envolve diversas dimensões e concepções, podendo ser tratado com um enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, dentre outros. Tonin e Barbosa (2018) afirmam que a vulnerabilidade social assume diversos significados complexos e multifacetados. Para Pauferro (2018)

vulnerabilidade é um conceito complexo que apresenta uma ótica multidimensional, sendo considerado um tema oportuno para a compreensão da realidade. Neste sentido, Gallo (2017) reafirma o caráter multidimensional da vulnerabilidade, dizendo que ela não é unitária, estável e binária. Ou seja, para esse autor, estamos vulneráveis em diferentes graus, nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo e uma situação que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger sob outros, assim como em situações idênticas podemos estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros.

Foi a partir da década de 90 que o conceito de vulnerabilidade e, especialmente, o termo vulnerabilidade social, adquire relevância no âmbito da saúde e da assistência social, bem como no universo das produções científicas (SCOTT *et al.*, 2018). Mas apesar de tal termo ter alcançado espaço ainda não há um consenso sobre a sua definição, sendo possível encontrar na literatura diversos significados, dependendo do enfoque e do campo do saber em que é empregado (SCHUMANN; MOURA, 2015; PAUFERRO, 2018).

Algumas áreas destacam-se no emprego da palavra vulnerabilidade, dentre elas pode-se citar as ciências da vida e sociais, em especial a geografia, economia, demografia, bioética e saúde. Considerando as diferentes situações e as diversidades de abordagens disciplinares que podem lançar mão do seu uso, chama atenção a utilização indiscriminada do termo vulnerabilidade, podendo levar a perda de significado se não for sustentado por um arcabouço teórico e conceitual (SCHUMANN; MOURA, 2015). Neste sentido, vale salientar que, apesar desta temática estar sendo trabalhada ao longo dos anos, esse é um conceito em fase de construção, em virtude da sua complexidade (MONTEIRO, 2011).

O conceito de vulnerabilidade social foi incorporado ao campo da saúde, através dos estudos sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). No começo da década de 80, com a disseminação da epidemia da AIDS pelo mundo, o termo vulnerabilidade passa a ser inserido nas discussões da saúde pública, em virtude da possibilidade de adoecimento por exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) como resultado de aspectos individuais, coletivos e contextuais, ampliando a compreensão acerca da suscetibilidade aos agravos de saúde e dos recursos voltados à proteção. Neste sentido, a epidemia do HIV/AIDS, por meio do termo vulnerabilidade, desloca o foco do individual, passando a considerar os

aspectos do contexto social (AYRES *et al.*, 2009; MONTEIRO, 2011; SCOTT *et al.*, 2018; LIMA, 2019).

Sousa *et al.* (2020) reafirmam que não há uma teoria ou modelo universal de vulnerabilidade e que ainda não se definiu um conceito preciso para o termo, o que tem dificultado a sua avaliação e medição. A definição dada pela *International Strategy for Disaster Reduction* (2004) é uma das mais aceitas pela comunidade científica e define a vulnerabilidade como as condições determinadas por fatores ou processos físicos, econômicos, ambientais e sociais que aumentam a propensão da exposição de uma dada comunidade aos perigos (SOUSA *et al.*, 2020). Neste sentido, a vulnerabilidade social pode ser compreendida como um conjunto de fatores que contemplam dimensões relacionadas ao indivíduo, à comunidade ou ao lugar aonde vivem e a combinação desses fatores de vulnerabilidade resulta em uma realidade social com variados graus de exclusão social (LIMA; GUIMARÃES, 2018).

No âmbito da saúde, o termo vulnerabilidade é comumente utilizado na perspectiva da Epidemiologia Social, com ênfase para a compreensão do processo saúde-doença como resultado de um conjunto de determinações de diversas ordens: biológica, social, cultural, econômica, dentre outras (NAKAMURA *et al.*, 2009; PAUFERRO, 2018). Neste sentido, ao considerar os determinantes sociais de saúde, a concepção de vulnerabilidade extrapola o paradigma estritamente biológico para a caracterização do processo saúde-doença, ampliando o olhar para as ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios e que contribuem para o seu adoecimento ou para a promoção da sua saúde (CARMO; GUIZARDI, 2018).

De acordo com Ayres *et al.* (2009) o conceito de vulnerabilidade é formado por aspectos que vão desde fragilidades orgânicas, comportamentais, econômicas, políticas e culturais até aos arranjos dos programas de saúde e à disponibilidade de recurso de todas as ordens. Portanto, para a compreensão e análise da vulnerabilidade é preciso considerar de forma articulada e interdependente os três eixos que coexistem no conjunto de múltiplos condicionantes para a ocorrência do adoecimento, são eles: o eixo individual, o eixo social e o eixo programático. O eixo individual está relacionado as características comportamentais e de atuação das pessoas e diz respeito à qualidade e quantidade das informações que os indivíduos possuem e à capacidade deles de elaborar essas informações, incorporando-as em seu cotidiano. Já o eixo social está relacionado à obtenção de informações, incluindo

o seu processamento e a incorporação de mudanças práticas pelos indivíduos. No entanto, tais mudanças não dependem somente de aspectos individuais e considera também o acesso aos meios de comunicação, à disponibilidade de recursos materiais, à escolarização, estando implicada, portanto, com os contextos socioeconômico, político e cultural. Finalmente, o eixo programático refere-se ao compromisso nacional, regional e local para a resolução dos problemas, por meio da canalização e otimização dos recursos sociais existentes e da identificação da necessidade de outros recursos, visando o fortalecimento e a proteção dos indivíduos (MANN; TARANTOLA, 1996; AYRES *et al.*, 2009; FLORÊNCIO, 2018; PAUFERRO, 2018; LIMA, 2019).

Historicamente, no Brasil, a criação do SUS representou um marco de conquista no campo da garantia de direito à saúde, em virtude do seu caráter universal e igualitário, sendo importante para a formulação de políticas públicas que influenciassem positivamente os determinantes sociais de saúde de grupos populacionais em condição de vulnerabilidade. Neste sentido, a APS desponta como protagonista no enfrentamento da densa e heterogênea realidade brasileira, composta por históricas e persistentes desigualdades socioeconômicas (SILVA *et al.*, 2016; PAUFERRO, 2018).

A APS, por meio da ESF, atua na organização descentralizada do SUS, contribuindo para a programação e execução de ações com foco na promoção da saúde, dando ênfase às particularidades territoriais e aos determinantes da saúde. Tal atuação potencializa a participação e empoderamento da população e favorece a redução das vulnerabilidades e, conseqüentemente, das iniquidades em saúde (SILVA *et al.*, 2016; PAUFERRO, 2018).

De acordo com Silva, Lima e Lima (2018) as condições de saúde são territorializadas e a vulnerabilidade social pode amplificar a ocorrência da manifestação da doença. Lima (2013, p. 35) define o território como “a expressão do contexto de vida dos sujeitos e grupos sociais, o espaço organizado das relações sociais que produzem saúde e doença”. Por isso, torna-se imprescindível conhecer os territórios, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social, ampliando a ótica das questões sociais, visando alcançar as situações produtoras de iniquidades sociais e de saúde (LIMA; GUIMARÃES, 2018). Neste sentido, a PNAB recomenda a territorialização da atenção à saúde, programando e executando ações setoriais e intersetoriais de forma descentralizada, visando mitigar os estressores que impactam

na situação de saúde, com foco nos condicionantes e determinantes da saúde populacional (BRASIL, 2012a).

Portanto, a mobilização multiprofissional da ESF, sustentada pelas práticas desenvolvidas no território, deve considerar a vivência e o conhecimento da realidade local e das necessidades da população. Tal forma de atuação permitirá com que as equipes identifiquem e invistam nas potencialidades dos sujeitos e famílias, levando a mudanças na promoção da saúde ao considerar as condições de vida justas e equânimes, conforme previsto nos princípios do SUS (PINTO *et al.*, 2017).

Tonin e Barbosa (2018) afirmam que a vulnerabilidade social se aproxima do conceito ampliado de saúde, expresso por aspectos biológicos, mas também sociais, culturais e econômicos. Ou seja, a partir dessa concepção, a vulnerabilidade passa a ser tratada no plano coletivo, exigindo práticas de saúde que envolvam a participação de diferentes atores sociais, valorizando a intersetorialidade como estratégia para a construção do cuidado integral e desenvolvimento de ações que respondam às necessidades de saúde da população em situação de vulnerabilidade (NAKAMURA *et al.*, 2009; TONIN; BARBOSA, 2018; LISBÔA; GIRIANELLI; VASCONCELLOS, 2020).

Por fim, pode-se concluir que o debate em torno das concepções de vulnerabilidade que figuram nas políticas públicas são de extrema relevância, pois permitem a reflexão teórica e, conseqüentemente, a busca constante pela ampliação do acesso aos direitos de saúde e à oferta de cuidado de qualidade, especialmente para a população em situação de vulnerabilidade.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo e delineamento metodológico**

Trata-se de um estudo qualitativo e analítico. Considerando que a prática profissional é constituída de aspectos subjetivos e que são mutáveis diante de determinado contexto social, histórico e cultural, a escolha pela pesquisa qualitativa apresenta-se como uma possibilidade para a compreensão desses aspectos específicos, bem como dos acontecimentos no seu contexto. Segundo Minayo (2013), a abordagem qualitativa busca a apreensão abrangente da visão de mundo e da essência das coisas na sua manifestação em determinado momento e cultura. Na pesquisa qualitativa o sujeito, por meio de sua consciência, confere um significado ao objeto, os quais são potenciais transformadores do ambiente e da sociedade na qual ele está inserido. Trata-se de uma abordagem capaz de expor a complexidade da vida humana e evidenciar os significados subjetivos da vida social, permitindo ao pesquisador compreender de forma aprofundada a realidade que emerge da percepção e da experiência de vida dos informantes (MINAYO, 2013).

Tendo em vista que o presente estudo busca apreender a subjetividade dos gerentes, a pesquisa qualitativa apresenta-se como a alternativa mais adequada, permitindo captar o universo de significados, crenças, valores, motivações, aspirações e atitudes, levando a um aprofundamento das relações dos fenômenos e processos (YIN, 2015). Ademais, o trabalho gerencial configura-se como um objeto repleto de singularidades e cercado por subjetividade, o que corrobora para a utilização desse percurso metodológico, uma vez que ele permite a compreensão dos significados envolvidos na prática profissional dos gerentes no contexto da APS.

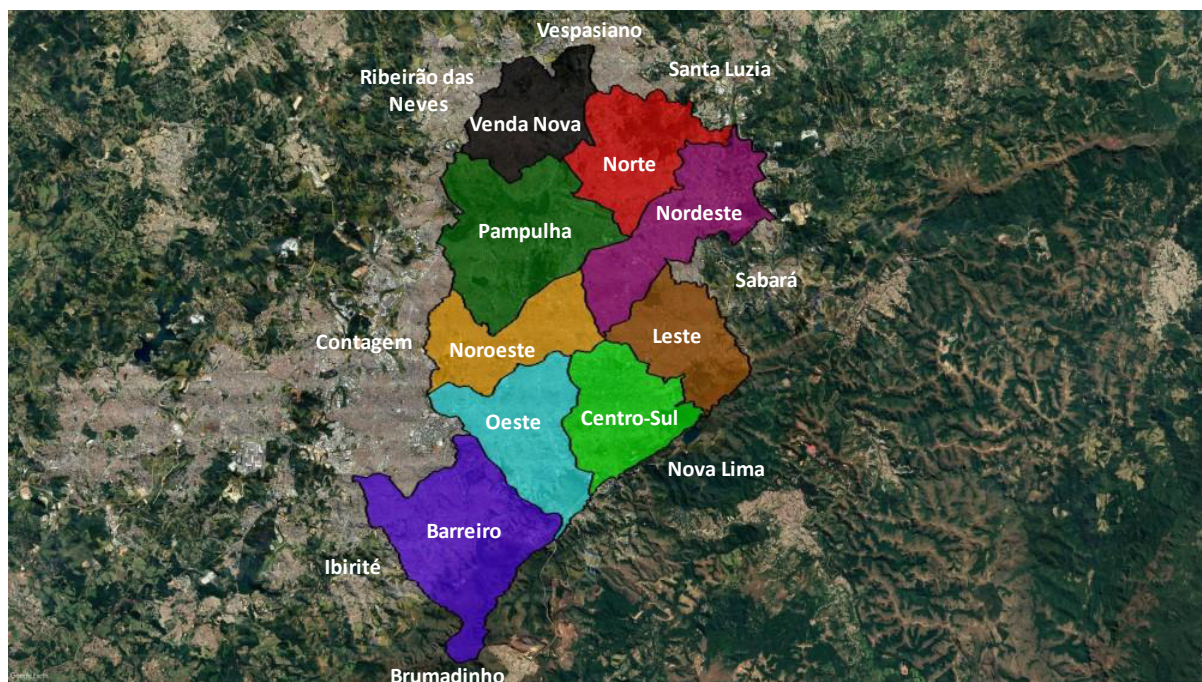
O objeto da presente investigação consiste na prática profissional de gerentes que atuam em UBS da Regional Norte de Belo Horizonte com classificação D em relação ao IVS, um cenário delimitado e específico. A utilização desse método permite compreender com maior profundidade como essas práticas são realizadas no cotidiano de trabalho em tal contexto. Portanto, torna-se coerente utilizar essa opção metodológica, em virtude da sua capacidade de alcançar as produções de significados, percepções e singularidades dos gerentes, no contexto das práticas que realizam (MINAYO, 2013).



## 4.2 Cenário do estudo

A cidade de Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais (Figura 1), que são: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Essa estrutura em nove regionais garante a territorialização da saúde, sendo elemento fundamental para a gestão e planejamento das ações (BELO HORIZONTE, 2018).

Figura 1 - Regionais de saúde de Belo Horizonte.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Para realização do estudo delimitou-se como cenário as 8 UBS da Regional Norte do Município de Belo Horizonte que apresentaram IVS classificado como D, calculado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em 2012, com dados do Censo Demográfico de 2010 (BELO HORIZONTE, 2013).

A Regional Norte faz divisa com as regionais Nordeste, Pampulha e Venda Nova e com os Municípios de Santa Luzia e Vespasiano (Figura 1). Possui uma população de 212.055 habitantes, extensão territorial de 32,56 Km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 6.513 hab./Km<sup>2</sup>, 64.062 domicílios e atualmente conta com 20 UBS distribuídas na região para atendimento da população adscrita (IBGE, 2010; PBH, 2021).

Historicamente, a ocupação da Regional Administrativa Norte aconteceu de forma gradativa. Começou por volta de década de 30 em áreas públicas que hoje são

representadas pelos bairros São Paulo, Primeiro de Maio e São Bernardo e intensificou-se a partir de 1930, em virtude do grande crescimento demográfico da cidade. Nesse período, têm-se as instalações de vilas operárias como possível solução para a questão habitacional da população de baixa renda (SILVA; AMARAL; SIMÕES, 2012; PBH, 2021).

Assim como outras regiões da capital, a Regional Norte apresentou um crescimento desordenado, ocupando áreas impróprias ou despreparadas para a habitação, como por exemplo, morros, margens de córregos e áreas íngremes. Trata-se de uma região que apresenta frequente ocorrência de desastres e enchentes nos períodos de chuva e que convive com um quadro expressivo de contrastes. Possui bairros com melhores serviços de infraestrutura urbana, sendo ocupados por uma população com maior poder aquisitivo e bairros que não oferecem condições mínimas de moradia, onde vivem as populações carentes. Essa, ainda, é a região com a maior concentração de conjuntos habitacionais, construídos pelo poder público, para a população de baixa renda (SILVA; AMARAL; SIMÕES, 2012).

De acordo com dados de distribuição da população de Belo Horizonte por regional de saúde e sexo (Tabela 1), a Regional Norte é a que concentra menor número de habitantes (IBGE, 2010).

Tabela 1 - População de Belo Horizonte, segundo regional de saúde e sexo, 2010.

<b>Regional</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Ignorado</b>	<b>Total</b>
Barreiro	135.815	146.369	398	282.582
Centro Sul	127.045	155.702	101	282.848
Leste	109.961	128.398	180	238.539
Nordeste	136.441	153.177	735	290.353
Noroeste	124.085	143.819	134	268.038
<b>Norte</b>	<b>100.252</b>	<b>110.425</b>	<b>67</b>	<b>210.744</b>
Oeste	144.142	163.752	1.553	309.447
Pampulha	106.684	118.372	1.054	226.110
Venda Nova	126.980	139.510	-	266.490
<b>Total</b>	<b>1.111.405</b>	<b>1.259.524</b>	<b>4.222</b>	<b>2.375.151</b>

Fonte: IBGE, 2010.

O IVS, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte desde 1998 e atualizado na edição de 2012, utilizando dados do Censo Demográfico de 2010, é composto por indicadores de cunho socioeconômico e de saneamento, sendo capaz de identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado, evidenciando as desigualdades no perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais. Esse índice divide a população de Belo Horizonte em quatro categorias de vulnerabilidade da saúde de acordo com os setores censitários

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): muito elevado, elevado, médio e baixo risco. De acordo com a publicação do IVS de 2012, a Regional Norte é considerada a mais vulnerável da cidade, apresentando quase 50% da sua população com risco muito elevado ou elevado (Tabela 2) (BELO HORIZONTE, 2013; 2018).

Tabela 2 - População por regional de saúde, segundo IVS, Belo Horizonte, 2012.

Regional	Baixo		Médio		Elevado		Muito elevado	
	População	%	População	%	População	%	População	%
Barreiro	18.962	6,7	170.794	60,5	68.069	24,1	24.359	8,6
Centro Sul	222.225	78,6	2.471	0,9	31.081	11,0	26.902	9,5
Leste	96.992	40,7	83.386	35,0	35.508	14,9	22.379	9,4
Nordeste	71.628	24,7	138.361	47,8	63.456	21,9	16.075	5,6
Noroeste	103.223	38,5	130.370	48,7	28.413	10,6	5.839	2,2
<b>Norte</b>	<b>16.641</b>	<b>7,9</b>	<b>94.119</b>	<b>44,6</b>	<b>71.047</b>	<b>33,7</b>	<b>29.089</b>	<b>13,8</b>
Oeste	139.703	45,4	94.347	30,6	52.586	17,1	21.258	6,9
Pampulha	121.238	53,9	66.841	29,7	26.748	11,9	10.128	4,5
Venda Nova	8.185	3,1	164.721	61,8	75.510	28,3	17.955	6,7
<b>Total</b>	<b>798.797</b>	<b>33,7</b>	<b>945.410</b>	<b>39,9</b>	<b>452.418</b>	<b>19,1</b>	<b>173.984</b>	<b>7,3</b>

Fonte: BELO HORIZONTE, 2013.

O site da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) disponibiliza ainda esta classificação de risco por regional e por bairros que apresentam os piores e melhores índices (Figura 2). Os bairros Mariquinhas, Maria Teresa, Boa União II, Granja Werneck e Biquinhas foram os que apresentarem os piores IVS na Regional Norte. Enquanto os bairros Heliópolis, Planalto, Vila Clóvis, Guarani e Jardim Guanabara estiveram entre aqueles que apresentaram os melhores índices (PBH, 2021).

Figura 2 - Classificação de risco da Regional Norte por bairros, 2012.

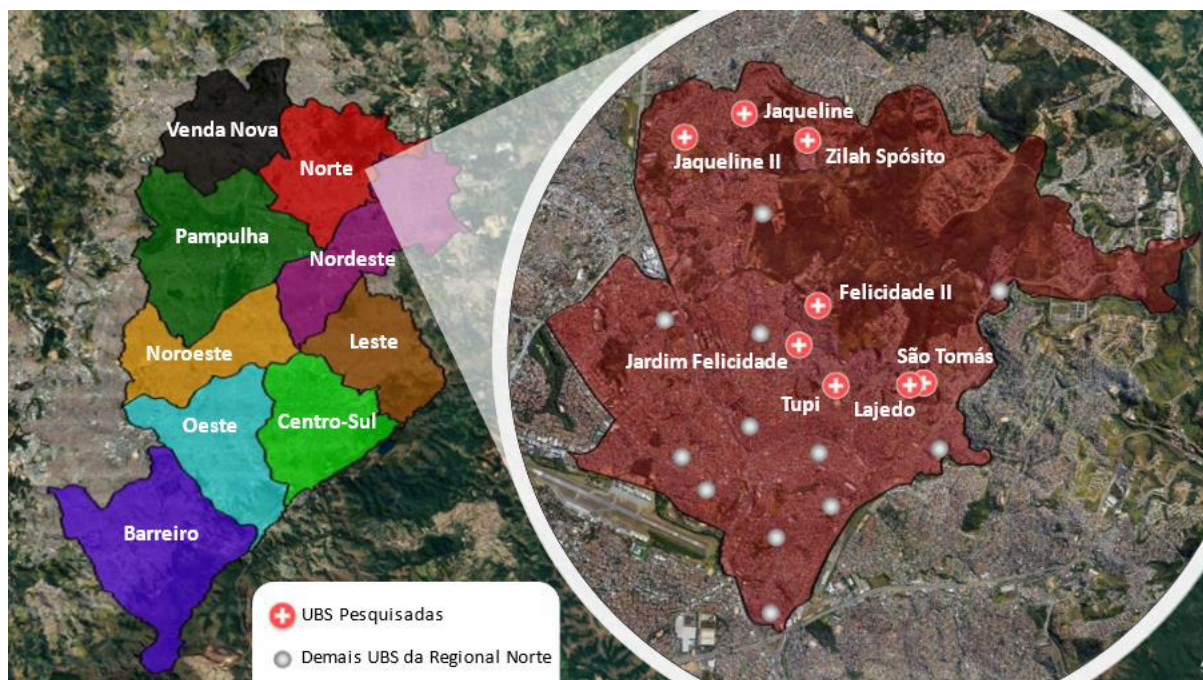


Fonte: PBH, 2021.

### 4.3 Participantes do estudo

Os participantes do presente estudo foram todos os 8 gerentes das 8 UBS da Regional Norte do Município de Belo Horizonte que apresentaram IVS classificado como D, são elas: Zilah Spósito, Jaqueline, Jaqueline II, Felicidade II, Jardim Felicidade, Tupi, Lajedo e São Tomás (Figura 3).

Figura 3 - Localização geográfica das UBS pesquisadas na Regional Norte de Belo Horizonte.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

O perfil dos participantes desta pesquisa foi traçado a partir da análise dos dados obtidos nos formulários de identificação dos entrevistados (APÊNDICE A). No que se refere ao sexo, identificou-se o predomínio do sexo feminino (87,5%) (Tabela 3), destacando a presença das mulheres em atividades gerenciais na APS. Estudos que descrevem o perfil de gerentes da APS também encontraram o mesmo resultado (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014; NUNES et al., 2018; HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019), assim como Brito e colaboradores (2015) apontam a crescente participação feminina em cargos dirigentes, enfatizando o grupo gestor hospitalar.

Em relação à faixa etária, evidenciou-se que a idade dos gerentes variou de 30 a 59 anos, com predomínio da faixa etária de 50 a 59 anos (62,5%). Quanto à cor, estado civil e presença de filhos, a maioria dos participantes declararam ser brancos (62,5%), casados (62,5%) e possuir filhos (75%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos gerentes das UBS pesquisadas na Regional Norte de Belo Horizonte, 2018.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	7	87,5%
Masculino	1	12,5%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
30 ≥ 39	1	12,5%
40 ≥ 49	2	25,0%
50 ≥ 59	5	62,5%
<b>Cor autodeclarada</b>		
Branco	5	62,5%
Pardo	3	37,5%
Preto	0	0,0%
<b>Estado civil</b>		
Casado	5	62,5%
Divorciado	1	12,5%
Viúvo	1	12,5%
Solteiro	1	12,5%
<b>Filhos</b>		
Sim	6	75,0%
Não	2	25,0%
<b>Profissão</b>		
Assistente Social	2	25,0%
Cirurgião Dentista	1	12,5%
Enfermeiro	4	50,0%
Médico Veterinário	1	12,5%
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
10 ≥ 19	4	50,0%
20 ≥ 29	2	25,0%
30 ≥ 39	2	25,0%
<b>Curso de pós-graduação</b>		
Especialização	5	62,5%
MBA	1	12,5%
Inexistente	2	25,0%
<b>Tempo no cargo de gerência na unidade de atuação (anos)</b>		
0 ≥ 9	6	75,0%
10 ≥ 19	2	25,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

No que tange à formação profissional, observou-se o predomínio de enfermeiros (50%), sendo o segundo lugar ocupado pelo assistente social (25%), seguido da divisão igualitária entre cirurgião dentista (12,5%) e médico veterinário (12,5%) (Tabela 3). A predominância de enfermeiros em funções de gerência é um dado encontrado com frequência na literatura (OHIRA; JUNIOR; NUNES, 2014; NUNES et al., 2018; FERNANDES et al., 2019; HENRIQUE; ARTMANN; LIMA, 2019).

Isso porque, dentre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros, em sua prática cotidiana, são reconhecidos como mais preparados para assumir a gerência, em virtude da sua formação incluir disciplinas com conteúdo de administração e gestão (COATTO; TRALDI, 2011; FERNANDES et al., 2019).

No que se refere ao tempo de formação profissional, observa-se na Tabela 3 uma variação de 10 a 39 anos, destacando-se o período de 10 a 19 anos (50%). Quanto ao tempo de atuação na gerência da unidade, 75% dos entrevistados referiram estar neste cargo há no máximo 9 anos, sendo o menor tempo 6 meses. Por fim, em relação ao aperfeiçoamento profissional, chama a atenção o predomínio de cursos de pós-graduação na modalidade especialização (62,5%), contrastando com apenas 1 gerente (12,5%) tendo mencionado o curso de MBA. Além disso, dos 6 entrevistados que informaram possuir algum curso de aperfeiçoamento, 4 deles (66,7%) investiram em cursos voltados para a gerência.

#### **4.4 Coleta de dados**

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista individual com roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). As entrevistas aconteceram de forma individual, com data e horário previamente agendados com os gerentes, em locais reservados nas UBS de trabalho de cada entrevistado, visando o sigilo das declarações. Com o objetivo de garantir a veracidade dos dados, os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos para a análise. O uso do gravador teve como propósito a ampliação do poder de registro e de captação de elementos da comunicação como pausas para reflexão e entonação de voz, apurando a compreensão da narrativa (SCHRAIBER, 1995). A coleta aconteceu no período compreendido entre setembro de 2018 a março de 2019. Destaca-se que as entrevistas com os gerentes foram realizadas na totalidade da amostra, previamente delimitada pelo seguinte critério de composição: gerentes das UBS da Regional Norte do Município de Belo Horizonte que apresentaram IVS classificado como D.

Na Tabela 4 estão apresentados os tempos de realização de cada uma das entrevistas. O tempo médio foi de 45 minutos e 23 segundos e o tempo das 8 entrevistas somados deu um total de 6 horas e 3 minutos. A entrevista com o menor tempo de duração foi a de G7 com 20 minutos e 56 segundos, enquanto a de maior tempo (G6) durou 57 minutos e 29 segundos.

Tabela 4 - Tempo de realização de cada entrevista.

Entrevistados	Tempo das entrevistas (hora:minuto:segundo)
G1	00:48:00
G2	00:53:34
G3	00:48:45
G4	00:44:06
G5	00:48:52
G6	00:57:29
G7	00:20:56
G8	00:41:18
Tempo total	06:03:00
Tempo médio	00:45:23

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021.

Minayo (2013) destaca que a entrevista consiste em uma conversa que tem por objetivo a construção de informações sobre o objeto de pesquisa, por meio de reflexões do próprio participante sobre a sua vivência e de sua representação da realidade em um dado contexto. A entrevista foi escolhida como estratégia de coleta de dados por possibilitar a obtenção de dados objetivos e subjetivos, revelando valores e reflexões do sujeito indispensáveis para responder aos questionamentos do estudo. Desta forma, a aplicação da entrevista nesta investigação justifica-se pela necessidade de compreender como se dá a prática profissional de gerentes que atuam junto à população em situação de vulnerabilidade (MINAYO, 2013).

A entrevista com roteiro semiestruturado consiste em um dos modelos mais utilizados, sendo descrita como “uma das mais importantes fontes de informações” (YIN, 2015, p. 116). Trata-se de uma entrevista direcionada por roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas, o que permite uma flexibilidade e ampliação dos questionamentos a partir das informações que vão sendo fornecidas pelo entrevistado (BELEI *et al.*, 2008). Portanto, o roteiro semiestruturado permite com que o entrevistado fale livremente sobre suas experiências, descrevendo com detalhes as dimensões tratadas. Nesse tipo de abordagem podem emergir elementos privilegiados do contexto de vida do participante, permitindo com que o pesquisador tenha uma participação ativa no processo de entrevista, podendo ultrapassar as questões pré-fixadas no roteiro sempre que for identificada a oportunidade de aprofundamento de determinada informação. Além disso, admite que o entrevistado discorra sobre a temática proposta, sendo possível captar falas de modo a enriquecer o material de análise, ampliando as possibilidades de aprofundamento (BELEI *et al.*, 2008; MINAYO, 2013; POUPART *et al.*, 2014).

#### 4.5 Análise de dados

Para a realização da análise dos dados utilizou-se os depoimentos das entrevistas transcritos na íntegra e a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin (2016), como instrumento para auxiliar na interpretação dos significados das falas que foram destacadas das entrevistas. Segundo Bardin, a Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre os entrevistados e o pesquisador, que permitem descrever o conteúdo das mensagens e extrair, por meio de procedimentos organizados, a essência dos relatos (BARDIN, 2016).

Nesse sentido, caracteriza-se como uma técnica que objetiva superar o senso comum e o subjetivismo da interpretação, transpondo a análise para o campo da apreciação crítica de textos, biografias, observação ou entrevistas. Assim, justifica-se utilizar a Análise de Conteúdo neste estudo, na medida em que se pretende investigar a fala dos participantes, em seu aspecto individual e em ato da linguagem, buscando preservar a subjetividade dos sujeitos e considerar a individualidade de suas falas. Para tanto a Análise de Conteúdo está organizada em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e tratamento dos resultados e; 3) inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

A etapa da pré-análise consiste na organização do material em si, sistematizando as ideias iniciais. Neste momento foi realizada a leitura flutuante e exaustiva das falas, buscando extrair as ideias convergentes e divergentes de acordo com sua representatividade e ocorrência (BARDIN, 2016).

A etapa de exploração do material consiste no desmembramento do texto em códigos, para posterior interpretação. Nesta fase, após extrair as ideias convergentes e divergentes, foram formados os códigos que, posteriormente, foram agrupados, formando as famílias, segundo reagrupamentos temáticos. Para codificar buscou-se identificar e extrair palavras, frases e expressões, não apenas pela frequência de ocorrência, mas também pela expressividade e representatividade do conteúdo, atentando-se para a singularidade dos enunciados. As famílias, que foram criadas após o agrupamento dos códigos por características comuns, auxiliaram na formação das categorias (BARDIN, 2016). Para explicar como se deu esse processo, foi construída uma tabela, a qual consta um exemplo do caminho percorrido pela



pesquisadora para a identificação dos códigos, subcategorias e categorias (APÊNDICE B).

Por fim, na etapa de inferência e interpretação, os dados categorizados foram tratados de forma a receberem significados, visando aprofundar a análise e atribuir maior densidade à investigação do fenômeno. Nessa etapa, as falas categorizadas foram sintetizadas e abordadas à luz do referencial teórico, de forma a ampliar o olhar em relação ao objeto de estudo, conferindo a ele uma perspectiva crítica, sustentada pela literatura científica existente (BARDIN, 2016).

#### **4.6 Aspectos éticos**

A presente pesquisa refere-se a um subprojeto que integra o projeto guarda-chuvas, coordenado pela Professora Dra. Maria José Menezes Brito, intitulado: “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”. O mesmo foi submetido e aprovado (Parecer nº 2.285.857) pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ANEXO A) e respeita a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que discorre sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Essa pesquisa foi aprovada pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG (Parecer 15/2017 ENA) e submetida ao Comitê de Ética da PBH (ANEXO B). Destaca-se que foram reservados todos os direitos dos participantes, garantindo-lhes a liberdade de participar e de se recusar a participar ou retirar seu consentimento no decorrer do trabalho por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

Além disso, os gerentes que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), que depois de lido e compreendido foi assinado. Nesse termo foi explicado a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais incômodos.

O anonimato dos participantes foi mantido e suas identidades protegidas. Para tanto, os gerentes receberam o código G seguido de uma sequência numérica. Vale ressaltar ainda que a participação ocorreu de forma gratuita e voluntária sem ônus de qualquer espécie aos participantes da pesquisa e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram apresentados.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da análise dos dados emergiram duas categorias intituladas: “Prática dos gerentes na APS no contexto de vulnerabilidade” e “Particularidades no atendimento da população em situação de vulnerabilidade”. A primeira categoria enfatiza a construção da prática para esses profissionais, considerando o contexto de vulnerabilidade e as partes conceituais que a compõe, sejam relacionadas aos aspectos intrínsecos da prática (Bens internos) ou àquilo que vem como consequência do alcance do bem interno (Bens externos). Já a segunda categoria aponta as particularidades do atendimento à população vulnerável e foi dividida em três subcategorias: Caracterização da população em situação de vulnerabilidade na ótica dos gerentes; Ambiguidades da prática dos gerentes junto à população vulnerável e Reconhecimento das particularidades da população em situação de vulnerabilidade versus o desenvolvimento de ações específicas que considerem tais singularidades.

### **5.1 Prática dos gerentes na APS no contexto de vulnerabilidade**

Essa categoria aborda os resultados encontrados nesse estudo referentes à prática dos gerentes. Tais achados foram agrupados conforme a dimensão conceitual de prática proposta por MacIntyre (2007), sendo composta por bens internos e bens externos.

Como bens internos destacam-se os achados referentes aos modos de fazer, às competências, hábitos e atitudes que são mobilizados pelos gerentes na busca pela excelência da prática profissional. Já os bens externos dizem respeito àquilo que vem como uma consequência natural do alcance do bem interno, sendo evidenciado, neste estudo, nas manifestações de valorização, de respeito e de gratidão por parte da população assistida e em depoimentos que deixam evidentes os sentimentos de felicidade e de satisfação dos gerentes com esse lugar de atuação, seja ele representado pela própria função gerencial ou pelo espaço delimitado do território.

#### **5.1.1 Bens internos da prática profissional**

No que concerne aos bens internos primeiramente é importante retomarmos o conceito de que o bem interno da prática diz respeito àquilo que lhe é próprio, sendo portanto, no campo da saúde, considerado o bem do paciente (CORTINA, 2005; CARAM, 2018). Assim sendo, todas as formas de representação da prática com foco

no cuidado da população são consideradas bens internos da prática do gerente. Nesse sentido, no processo de análise dos dados, foram apreendidas das falas dos entrevistados inúmeros aspectos que compõem a prática dos gerentes, os quais eles fazem uso no ato do planejamento em saúde, da gestão e organização do processo de trabalho, além da coordenação e integração do cuidado e das ações com outros serviços da RAS. A seguir serão apresentados todos os achados encontrados coerentes com essa dimensão conceitual de prática.

Desse agrupamento emergiram duas competências gerenciais que são: Competências gerenciais relativas à liderança e Competências gerenciais relativas à gestão de recursos e do cuidado. Para sustentar essa construção o conceito de competência incluiu aspectos técnicos, sociais, afetivos e cognitivos inerentes à prática profissional, contemplando assim três dimensões distintas e interdependes, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes (GOMES; VALENTE, 2020).

A primeira competência proposta, relativa à liderança, abrangeu os seguintes aspectos: capacidade de estimular e orientar a equipe, delegação de tarefas/atividades, saber trabalhar em equipe, saber ouvir e acolher, habilidade de negociação e gestão de conflitos e capacidade de diálogo e argumentação.

Conceitualmente a liderança consiste no processo de alguém, individual ou coletivamente, influenciar e conduzir outras pessoas ou organizações a atingirem metas e atuarem em favor de objetivos comuns (FERNANDES *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2021). Neste sentido, pode-se concluir que o trabalho gerencial se dá por meio da intersubjetividade das relações humanas estabelecidas entre a população, os profissionais de saúde das diversas categorias e os gerentes e envolve um exercício contínuo de comunicação e interação social (MARINHO, 2018).

No presente estudo, a liderança foi apontada nas falas dos participantes com ênfase para a capacidade de estimular e de orientar a equipe, impulsionando novas formas de fazer e incentivando os membros da equipe a terem um olhar diferenciado frente às questões de saúde dos usuários. Neste sentido, os gerentes são indutores do atendimento individualizado e responsáveis por cultivar na equipe a escuta ativa, bem como a empatia. Ou seja, eles têm uma atuação importante na orientação e direcionamento da equipe, sendo figura central, exemplo e espelho para os demais trabalhadores. Os relatos a seguir elucidam essa atuação, bem como reforçam o papel do gerente enquanto orientador e formador da equipe.

**“A minha equipe ainda tem que amadurecer mais nessa questão de se apropriar mais dos casos**, sabe? Eu percebo que tem funcionários meus que são engajados, eles buscam, eles melhoram, são proativos, já conversam com a assistente social, já tenta resolver e passa para mim quase que já assim: 'Nós já encaminhamos a promotoria, já pedi visita do CRAS'. Tem outros que não, que **eu tenho que sentar, conversar, rever** como que é o caso e dizer: 'Gente, o direcionamento é esse, vocês vão começar por isso. Chamar paciente, chamar família. Vocês vão fazer um relatório'. Quase que, desculpa a expressão, desenho, quase que desenho” (G4)

“Eu tenho profissionais aqui que, às vezes, têm determinados tipos serviços que não gosta de fazer e é de responsabilidade. Então, **é mostrar para eles que eles têm que se apropriar disso**, que isto é função deles, está inserido no trabalho deles.” (G1)

A apropriação do trabalho legitima a prática profissional e confere significado e sentido ao fazer. Enquanto coordenador do cuidado os gerentes assumem o papel de estimular nos trabalhadores o envolvimento e comprometimento com o trabalho, em busca de oferecer uma assistência resolutiva e de qualidade à população assistida. No entanto, essa não é uma tarefa fácil, pois os trabalhadores sob à liderança dos gerentes, são sujeitos complexos, carregados de subjetividade, que vivenciam e experienciam a prática profissional de formas diferentes, encarando os desafios impostos no cotidiano de trabalho de maneiras distintas. Neste sentido, a função gerencial demanda sensibilidade, generosidade e respeito as diversidades, buscando captar os perfis, trabalhar as potencialidades individuais e estimular o desenvolvimento da equipe de trabalhadores, sem perder de vista que a finalidade da prática profissional é o cuidado e atenção à saúde da família e comunidade.

Dentre os cenários carentes de apropriação pelos trabalhadores da APS e que demanda atuação dos gerentes no sentido de incentivar a participação da equipe, G5 destacou o Colegiado Gestor. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) da saúde e da gestão (HumanizaSUS) o Colegiado Gestor consiste em um espaço coletivo, democrático e deliberativo, composto por gestores, trabalhadores da unidade e usuários. Esse encontro reforça o modelo de gestão participativa, garantindo compartilhamento do poder e promovendo a corresponsabilização dos trabalhadores de saúde e dos usuários, sendo considerado um dispositivo promotor da humanização. Trata-se, portanto, de um local que permite ampliar a comunicação entre equipe, gestores e usuários e assim aumentar a qualidade dos serviços prestados à comunidade. Para tanto, o Colegiado Gestor de uma unidade assume as seguintes atribuições: elaborar o projeto de ação da instituição, organizar e atuar nos processos de trabalho da unidade, promover a responsabilização dos envolvidos,

acolher e dar encaminhamento às demandas dos usuários e criar e avaliar os indicadores de saúde com vistas a sugerir e elaborar propostas (BRASIL, 2009a). Diante do exposto, é de fundamental importância que os gerentes estimulem a participação dos trabalhadores da ESF no Colegiado Gestor, visando maximizar as oportunidades de identificação dos problemas, considerando que eles atuam na linha de frente do cuidado e, conseqüentemente, ampliar a capacidade de resolução das demandas detectadas durante a prática, melhorando assim a assistência ofertada pela unidade.

"A gente mantém a reunião com o Colegiado Gestor, porque eu acredito muito nessa questão de o Colegiado ajudar nas questões da unidade. Então, assim, **eu estou incentivando que participem, que cada profissional tenha representatividade**, que a gente discuta as coisas da unidade dentro do Colegiado Gestor. Assim, eu estou tentando **fortalecer isso do Colegiado Gestor**" (G5)

Ainda sobre a humanização do cuidado, os gerentes entrevistados destacam o seu papel como estimuladores de um olhar compassivo e diferenciado frente às necessidades de saúde da população. Tal qualidade assume especial importância no contexto de vulnerabilidade social, considerando as particularidades e a histórica e persistente desigualdade socioeconômica dessa população. Portanto, trabalhar o olhar compassivo, holístico e humanizado significa estabelecer relações interpessoais mais saudáveis e ampliar as possibilidades de reconhecimento das necessidades de saúde, criando um ambiente propício para o cuidado e para a consolidação dos princípios da equidade e da integralidade.

"Quando a gente sai desse lugar, só da prescrição de cuidado, junto com esse usuário, eu vi que isso muda um pouco as relações aqui dentro. Se eu tenho um **olhar mais compassivo**, a **gente tenta fazer aqui com que a equipe tenha um olhar compassivo sobre essa comunidade**. A gente já trabalhou temas de comunicação não violenta, a gente já trabalhou temas de algumas práticas restaurativas que a gente gosta. Então assim, para que a equipe consiga ver esse outro lado, a gente teve também um projeto da prefeitura chamado 'Bem-vindo', para que a equipe entenda que para eu conseguir cuidar bem, eu preciso cuidar bem de mim. Então esse é o **movimento de trabalho dentro da equipe** para que eles tenham essa avaliação. A gente fala muito sobre essa relação interpessoal, como esse meu servidor se relaciona com o colega e com o usuário, mas como esse servidor se relaciona consigo próprio [...] A gente tenta trabalhar aqui com o **olhar compassivo** para essa comunidade. É fácil? Não é fácil. Eu estou falando isso daqui e parece que é bonito, mas são **coisas pequenas do dia a dia que a gente tenta trabalhar dentro da equipe**. Eu vejo muito como isso impacta na relação com o usuário. Então, assim, se eu tenho uma relação harmônica dentro da comunidade e se esses servidores se sentem acolhidos e cuidados, eles vão transferir isso para o outro. Então isso é muito no dia a dia e isso tem um efeito muito bacana" (G3)

“A gente tem que estar mais atento. Você tem que ter mais profissionais. **Você tem que ter profissionais também com esse olhar mais humanizado. Você tem que trabalhar bem o acolhimento na unidade, dos seus trabalhadores perceberem que é uma comunidade que precisa**, que é uma comunidade que você tem que ter um olhar grande para busca ativa, para entender que esse usuário ele tem dificuldade de dar continuidade ao tratamento dele, porque, às vezes, ele não tem a percepção da gravidade da situação dele. Por exemplo, você faz os grupos, né? Às vezes você faz os grupos e você não consegue que eles venham, participação é pequena. Isso acontece muitas vezes” (G7)

O desenvolvimento da empatia também foi um quesito trabalhado pelos gerentes junto à equipe. O conceito de empatia, apresentado no presente estudo, se resumiu à capacidade de se colocar no lugar do outro e de sentir o que o outro sente, como pode ser evidenciado na fala G6. De modo geral, tal característica é capaz de aproximar trabalhadores e usuários, propiciando a formação e manutenção do vínculo que é tão importante para a aderência às condutas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, bem como favorece também a humanização da assistência. A esse respeito, Nalom *et al.* (2019) afirma que a empatia torna os profissionais mais sensíveis àquilo que é preciso para mobilizar nas pessoas a mudança de comportamento no cuidado.

“Mesmo sendo uma área vulnerável, você vê as condições da pessoa na casa mesmo. Igual eu estava falando, ela te ofereceu um copo de água, pela condição do ambiente eu não aceitaria, mas porque a gente preza pelo igual e **eu me coloco no lugar do outro. É o que eu falo com os meus profissionais:** 'Não trate o outro de forma inadequada, porque se fosse você do outro lado você não gostaria de ser tratado dessa forma. Então se coloque do lado do outro para você ver se você gostaria de ser tratado desta forma' [...] Nós temos que realmente é trabalhar pelo outro. É como se a gente estivesse na ponta, sendo atendido ali. Então o nosso trabalho é um trabalho de ponta mesmo, que você deseja para o outro aquilo que você vai querer para você mesmo. **Então o que eu quero de melhor para mim é o que eu quero de melhor para a minha população dentro do território. É nesse caminho que eu proponho ensinar os profissionais a trabalhar**” (G6)

Ademais, a realização da prática empática permitirá a criação de um ambiente favorável para a transformação da realidade, numa relação de causa e efeito, uma vez que aquilo que se faz de bom pode ser replicado, transpondo os limites da unidade para alcançar os espaços da comunidade. Neste sentido, G3 apresenta para a equipe a “Teoria das Janelas Quebradas”, uma experiência de psicologia social que visa entender como se dá a psicologia humana e as relações sociais. Tal teoria reforça a ideia de que todos nós somos frutos do meio no qual estamos inseridos e comprova que a criação de comunidades limpas, ordenadas e que respeitam os códigos e as leis básicas de convivência social humana, tem como resultado prático a redução do

vandalismo, da criminalidade, dos delitos e da agressividade (WILSON; KELLING, 1982).

“O que a gente traz para a equipe. **Essa comunidade vive violência em casa, vive desamor, vive desafeto.** A gente fala isso em todos os espaços: **‘O que que ele vai trazer para gente se ele vive isso,** ele vai trazer flor?’. **Ele vai trazer aquilo que ele vive, é a vida dele.** Aí muitos deles trazem isso para mim: '(Nome do gerente) paciente gritou, gritou, gritou e eu abaixei a bola e falei calma que eu estou aqui para te ajudar e ele desarmou e me pediu desculpa e chorou'. **Eles têm tanto sofrimento e às vezes nos vamos ser para-raios,** eles reconhecem que vamos ajudar, a população vem e reconhece que vamos ajudar, mas ela vem com o sofrimento dela, ela vem com violência. A gente tenta desarmar, é desafiador todos os dias. Eu tenho servidores que choram por causa disso, mas que dão conta de falar daquilo no grupo, por que o grupo acolhe e dão conta de falar daquilo sem que traga um adoecimento maior para a equipe sabe?! Mas é algo muito do subjetivo, muito do dia a dia, **é levar a equipe a entender que lugar é esse que ela escolheu para trabalhar.** 'Você escolheu trabalhar em um lugar de alta vulnerabilidade social gigantesca, de desigualdade, de injustiça'. Então ele tem que dar conta de trabalhar nisso [...] **A gente começou a conversar sobre a teoria das janelas quebradas.** Se o lugar está descuidado, eu vou descuidar mais ainda dele, mas se o lugar está arrumado, se eu estou em um lugar que tem decoração, um lugar que está limpo, a comunidade entende aquilo, e ela favorece aquilo e, muitas vezes, ela leva isso para a casa dela, pois o paciente vê que está tudo limpo. Então são coisas tão pequenininhas de agir que eu acredito que tem um impacto muito grande. A gente brinca aqui no posto que é o efeito da onda. Você joga a pedra no rio e começa com ondinhas pequenas que vão aumentando. Então tem uma hora que você para de enxergar, mas ela atuou naquele lugar. Então a equipe aqui trabalha um pouco em cima disso e eu acho, assim, que há benefício nos serviços. A gente tem meio que uma obrigação como servidor de saúde, eu tenho indicadores, eu tenho que garantir a oferta do cuidado, indicadores que eu tenho que provar que eu estou trabalhando, porque eu também não posso ficar só na questão subjetiva. O resultado efetivo ele acontece quantitativamente, ele está acontecendo e a gente acredita que a questão do subjetivo, do qualitativo, a gente dá conta também de produzir com o público que é mais difícil, adolescente é mais difícil, mas acredito que **a equipe da conta de atuar nisso e de ter essa promoção do cuidado que é verdadeira na vida dessa pessoa, de talvez trazer mudanças para o cidadão. Isso é o efeito de onda**” (G3)

De igual maneira, G2 e G5 também fazem uma fala neste sentido, com ênfase para a intervenção em nível micro e individual, focalizadas em pequenas ações rotineiras do dia-dia que fazem a diferença e que impactam nas relações sociais em nível macro. Portanto, praticar a empatia e promover um ambiente de trabalho alicerçado no respeito, na ordem, na atenção e no cuidado aos usuários são modos de agir do gerente e da equipe, potencialmente capazes de gerar oportunidades de mudanças, levando à transformação da realidade em nível coletivo e social.

“Eu acho que a gente tem que pensar o tempo inteiro assim: **‘Nós somos seres inseridos em um contexto maior e que cada ação que a gente tenha vai impactar no todo’.** Então é preciso ter uma pró-ação. Eu valorizo muito isso aqui [...] acho que a gente tem que acreditar que o nosso fazer vai

dar diferença, né? Acho que é isso. Às vezes, um funcionário que você ensinou que dá para ele tratar diferente alguém, falar mais baixo. Às vezes, é um paciente que você atendeu. Eu atendi essa semana aqui um paciente que falou assim: 'Eu não vou lá na ouvidoria, porque você que está me atendendo e você é muito bacana'. Quando eu era enfermeira, eu atendi ele em outros momentos e aí, eu passava no corredor e perguntava: 'Resolveu?'. Aí ele ficou assim, quer dizer, um momento que eu atendi ele no corredor e ele ficou grato por aquilo, entendeu? 'Ah, eu não vou falar lá na ouvidoria dessa consulta especializada, não, porque você que está me atendendo e você é muito bacana'. Então, assim, eu acho que fez a diferença na vida dele em algum momento. E faz diferença na vida da gente também. **Acho que tudo são ciclos. Você vai vivendo os momentos e aquilo que você faz, vai contornar, vai impactar de alguma maneira, o que você faz de bom e o que você faz de ruim"** (G5)

"Eu, por exemplo, particularmente, acredito muito na **microrevolução**, eu sempre falo disso, assim, que é a família, entendeu? É você fazer uma **revolução individual** do que você preconiza em termos de valores para a sociedade, porque, eu acho que a maior crise no nosso país e no mundo é a crise familiar, em que se desestruturou essa organização de valores e aí, isso vai se multiplicando nas relações sociais, né? Se você não respeita uma filha, se você não respeita o seu colega, se você quer levar vantagem de alguma forma, sempre, comprar pelo melhor preço, comprar CD pirata e por aí vai [...] é aquele processo que eu falei da **organização micro**. Então, se você está feliz, você vai viver melhor na sua família. A sua família vai se comportar de uma forma melhor na sociedade, onde ela vive, tanto no trabalho, quanto na escola. Então, eu acho que, dessa forma, a gente **cria um impacto na sociedade**. Se essas pessoas forem cuidadas, se forem mais felizes, então elas vão viver de uma forma diferenciada, né? Desde um paciente de saúde mental bem controlado, com condições de estar tendo convívio social, um paciente que esteja feliz, porque está cuidado, está com a sua saúde cuidada, ele vai ter uma convivência social melhor e a sociedade, de uma certa forma, se beneficia com isso. Então, eu acho que sim, de uma forma, assim, direta, pequena, mas sim, **meu trabalho tem impacto para a sociedade"** (G2)

A capacidade de estimular e orientar a equipe é uma característica encontrada com frequência em estudos sobre as competências gerenciais de enfermeiros nos diversos cenários de atuação dessa categoria profissional, em especial na APS. Isso porque, dentre os profissionais da equipe multidisciplinar, o enfermeiro é reconhecido por atuar como líder e gerente do processo de trabalho nas UBS, exercendo funções de gerenciamento da assistência e de gestão da equipe e da unidade (CARDOSO *et al.*, 2019; FERNANDES *et al.*, 2019). Ademais, Camelo *et al.* (2016) apontam que a liderança do gestor enfermeiro, frente a equipe, pode propiciar o estabelecimento de relações profissionais mais saudáveis, bem como diálogos mais efetivos entre os membros da equipe multiprofissional, criando assim, um ambiente de trabalho mais resolutivo. Peruzzo *et al.* (2020) complementam ainda que aspectos como comunicação, escuta ativa, empatia e respeito às características de cada profissão são ferramentas no gerenciamento das equipes da ESF essenciais para fortalecer uma prática colaborativa e manter a harmonia.



Dentre as competências gerenciais relativas à liderança a delegação de tarefas/atividades foi mencionada nas falas de G2 e G5, como visto nas assertivas a seguir.

“Eu até brinco, assim, às vezes, com as pessoas: 'Ah, vou sair de licença'. Ninguém faz o trabalho do gerente, só a gente que faz o da gente mesmo, outra pessoa não fica aqui [...] A gente tem uma ação de liderança. Eu acho que, às vezes, conforme a equipe, você tem mais ou menos dificuldade para liderar, né? Eu tenho um defeito grande, assim, de fazer as coisas muito, de absorver muito. Às vezes, **você precisa exercitar a delegação e é difícil**, assim, ficar motivando as pessoas a fazer aquilo que você deseja, né? Então, às vezes é mais fácil fazer, às vezes é mais fácil fazer. Mas é delegar, você conseguir envolver as pessoas para que elas façam, né?” (G2)

“Assim, eu tenho muitas ideias de fazer um trabalho bacana e tudo, pensar em outras formas. Mas como eu estou começando com **muita demanda de pessoal, as equipes também estão muito exigidas** aqui, não dá para exigir da equipe e dar uma desfocada daquilo que está no contingente do dia a dia. Então, **tem que tomar esse cuidado para não acabar sobrecarregando o profissional demais** e aí ele pode perder todo o desejo e o estímulo de propor qualquer atividade” (G5)

Por meio dos relatos é possível perceber a dificuldade dos gerentes de desapegar do controle das atividades, estabelecendo uma relação de confiança e de envolvimento da equipe para o cumprimento das tarefas delegadas. Além disso, G5 destaca o desafio de perceber a linha tênue entre a carga e a sobrecarga de trabalho ao exercitar a função de delegação. Nesse ponto torna-se relevante possuir o conhecimento de ferramentas de gestão e de liderança focadas tanto no dimensionamento de pessoal, quanto no desenvolvimento das pessoas, com o objetivo de alcançar o alinhamento e equilíbrio entre o planejamento estratégico da unidade e as atividades que ela exerce.

Além disso, a delegação consciente e adequada de tarefas/atividades é de extrema importância para a harmonia da unidade. Neste sentido, estudo realizado por Gomes e Valente (2020), que versa sobre as competências gerenciais do enfermeiro no processo de trabalho na APS, aponta que a má divisão de tarefas e atribuições, assim como a falta de ajuda e de envolvimento dos pares pode influenciar negativamente o trabalho em equipe.

Historicamente, o trabalho em equipe está atrelado à prática colaborativa e prevê que trabalhadores de um mesmo serviço colaborem entre si e com profissionais de outros serviços e outros setores na lógica de redes, visando à melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Ademais, a prática colaborativa é um conceito reconhecido pela OMS, sendo caracterizado pela realização do cuidado em saúde

com o envolvimento de profissionais de categorias diferentes, numa abordagem interprofissional, em prol da prestação de uma assistência de excelência para usuários, famílias e comunidade. Além disso, a atuação baseada na prática colaborativa tem potencial de maximizar os resultados de saúde, oportunizada pela tomada de decisão compartilhada e pelo uso das habilidades de cada profissional (WHO, 2010; CARAM; REZENDE; BRITO, 2017; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

A prática profissional na APS é marcada por inúmeros desafios. Com seu caráter abrangente e integral, a APS é considerada o nível de atenção mais adequado para a organização do SUS. Tais características, somadas à dinâmica de trabalho pautada na prática colaborativa e na atuação em equipe, fazem com que a APS seja reconhecida como a melhor estratégia para o enfrentamento dos problemas de fragmentação das ações e do próprio sistema (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Portanto, os gerentes da APS, como parte ativa e integrante da ESF precisam saber trabalhar em equipe e estabelecer parcerias e boas relações com os profissionais sob a sua gestão, reafirmando o seu papel de líder, coordenador e facilitador das ações desenvolvidas nas UBS.

No presente estudo, foi possível constatar que os gerentes entrevistados realizam um investimento conjuntamente com a equipe na tentativa de mitigar as desigualdades que saltam aos olhos e promover um cuidado de qualidade. O emprego do termo “a gente” é frequente nas falas dos gerentes, sendo possível concluir que eles se incluem como parte da equipe responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas para a população assistida, confirmando a capacidade deles de trabalhar em equipe. Nos discursos o termo “gente” vem sempre acompanhada de um verbo, colocando os gerentes na posição de ator da ação, que provoca o desenrolar do processo, apoiando e coordenando as atividades, bem como planejando, em parceria com os demais profissionais, as intervenções necessárias, capazes de levar à mudança da realidade. Tal ideia é sustentada pelos discursos apresentados a seguir.

“Então, é assim, **a gente** faz, faz, mas sempre acha que nunca fez nada. É muita coisa. É muito assim, muito projeto. É muita coisa **para a gente** tentar melhorar. É muito, né? Eu acho que tem hora que parece que você está nadando contra a correnteza. Mas se **a gente** parar e olhar para trás, **a gente** consegue enxergar muita coisa boa que **a gente** conseguiu fazer, né? Claro que **nunca sozinho**, né?” (G8)

“Acho que o gestor, a gestão na Unidade Básica de Saúde é um lugar de desejo, um lugar da motivação. Você não forma um líder né? Mas quando você dá conta de liderar, de **trabalhar junto com a equipe, de fazer junto**, a gente pode achar que liderar é chefiar, mas o maior desafio do gerente de

fazer com que conclua a missão da instituição, que seja a missão desse servidor, é o gerente dar conta de fazer isso, de levar essa equipe, ter esse olhar diferenciado para essa comunidade. Eu acho assim que esse é um lugar fantástico, é um lugar de gestão do cuidado, porque assim a equipe tem um olhar muito enviesado das questões da prática e o gerente dá conta de trazer a equipe e falar: 'Opa, vamos lá, **vamos juntar de novo**', porque a equipe espalha né? E o gerente tem que estar aqui para juntar mesmo: 'Vamos lá gente, em que lugar nos estamos, em que lugar queremos ir?' e o gestor é essencial nisso" (G3)

"Eu tenho reuniões com eles mensais, **reuniões compartilhadas** onde a **gente** discute os problemas da unidade que estão acontecendo" (G1)

A prática profissional é uma atividade social baseada em princípios de cooperação entre sujeitos que assumem papéis diferenciados (CORTINA, 2005). Neste sentido, para que os gerentes sejam capazes de mudar seu processo de trabalho (prática social), 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 e levando-os a se mobilizarem para modificar a sua prática social. Dessa forma, destaca-se que os gerentes são agentes sociais capazes de redesenhar suas práticas o que, em última instância, irá culminar na transformação em nível macro das estruturas sociais e conseqüentemente da realidade na qual estão inseridos.

"Essa questão da vulnerabilidade social, coisas que muitas vezes não está no alcance da gente. **A gente tenta melhorar muito a questão do processo de trabalho**, dentro daquilo que a gente consegue" (G8)

"O que me motiva é a qualidade máxima que eu quero. Eu dando qualidade máxima aos meus profissionais e aos usuários eu estou fazendo aquilo que eu vim fazer como missão na minha vida, que é **trabalhar com o coração**. Até emociono. Trabalhar de acordo com o que a minha profissão coloca, que é **dedicar-se ao outro** né? [...] É **trabalhar com o outro**, é sentir que eu tenho parceiros, é ter como palavra-chave na minha gestão agregar. **Parceria e agregar** são duas coisas que a gente tem que ter em mente para **conseguir trabalhar muito bem e alcançar a qualidade máxima na assistência**, nas relações, nos materiais e equipamentos, em tudo" (G6)

Dentre os recursos apontados pelos gerentes, atrelados ao trabalho em equipe, destaca-se as reuniões de matriciamento. Tal estratégia está prevista em documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b; 2011; 2012a) e termos como "apoio matricial" têm sido utilizados na literatura, principalmente em publicações relacionadas à APS, desde o final da década de 90 (CAMPOS, 1999; PINTO *et al.*, 2012; BARROS *et al.*, 2015; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2020). O matriciamento, como lógica de organização do trabalho em saúde, aponta para a construção da prática de cooperação entre equipes da ESF e suas referências de

apoio, setoriais ou intersetoriais, visando potencializar o trabalho dos cuidados primários em saúde. Trata-se de um novo arranjo que estimula a produção de novos padrões de relacionamento entre equipe e usuários e que amplia o compromisso dos profissionais com a produção de saúde (CAMPOS, 1999; MEDEIROS, 2015).

“Geralmente, eu recebo casos de agressões. Vem para cá, para a gente. Geralmente eles pedem para que a equipe estude, leve para uma reunião de **matriciamento**. No **matriciamento**, se necessário encaminhar para o psicólogo ou se houver necessidade de alguma consulta especializada, o que for necessário e se precisar de intervenção de algum outro setor, a gente aciona o distrito para ver se é possível” (G1)

“O NASF, coitados. Aqui é basicamente só o **matriciamento**. Agora que eu vou tentar para a psicóloga. Então é um projeto nosso também, desse ano, de tentar, de alguma maneira, arrumar um espaço aqui no território para o NASF atender. Que seja um grupo, alguma coisa. Essa é uma conversa que eu quero ter com elas para a gente pensar” (G8)

Como evidenciado nas falas apresentadas, os gerentes reconhecem as reuniões de matriciamento como importante espaço para o estudo de casos, resolução de problemas e tomada de decisão compartilhada. Refletem, ainda, sobre a necessidade da atuação das equipes de apoio não se restringirem a esse momento de construção conjunta do cuidado, contemplando a realização de ações práticas e oportunidades de atendimento direto aos usuários.

Além disso, as reuniões de equipe configuram-se como importante ferramenta para a troca de informações, conhecimentos e percepções, ampliando os olhares e a forma como os trabalhadores enxergam à população e, conseqüentemente, possibilita o crescimento do grupo. Tal movimento de edificação coletiva tem potencial de desfazer preconceitos, transmitir confiança e segurança, fortalecer as relações profissionais, ampliar a visão de mundo e promover a sensibilização da equipe, por meio da troca de experiência e da vivência de cada membro.

“Acaba que o enfermeiro e o médico têm esse protagonismo na equipe, eles têm uma certa liderança na equipe, para conversar com esses **ACS's**. É um momento essencial, porque os **ACS's conseguem enxergar essa vulnerabilidade de uma maneira muito mais clara que a gente**, faz parte dessa comunidade, então **o olhar deles traz algo muito relevante para a equipe**. Então a gente tenta sempre conversar isso com o enfermeiro, principalmente, eu acho que o enfermeiro para mim é o ponto chave dessa questão, porque ele dá conta de conversar ali disso, de trazer as questões, **os ACS's trazem o olhar, o relato que escancara a vulnerabilidade e ele mesmo não dá conta de enxergar, porque ele vivência aquilo**. Então aquilo faz parte da rotina dele, para ele isso é normal e aí **quando você tem uma equipe, enfermeiro, auxiliar de enfermagem que é sensível a isso, a discussão dentro da reunião de equipe ela é muito rica, então você consegue propor ações específicas para essa comunidade, para que a coisa consiga caminhar**. Eu tenho uma auxiliar de enfermagem que ela vive

aqui desde quando nasceu. Quando ela começou a trabalhar com a gente, deve ter uns 5 anos que ela está aqui, ela faz esse relato, ela ficou chocada, porque nunca imaginou que a comunidade, em que ela vive, enfrentasse tantas mazelas. Então assim, o olhar da comunidade é diferente mesmo. Então o ACS traz o olhar, essa fala de muito chocada. 'Eu nunca imaginei que esse lugar que eu vivo, que eu criei meu filho, moro aqui desde criança, que tivesse essas tantas situações terríveis assim né, de violência e de abuso'. Porque para ela isso não acontecia, na rua dela, no mundo dela não acontecia. **Então a visão desse auxiliar de enfermagem que mora na comunidade, ela é muito bacana para a gente, ela é muito rica para a gente.** Então eu entendo que o **espaço de que essa equipe sensibilize são as reuniões de equipe** mesmo [...] **Quando você traz auxiliares, eu tenho auxiliares que moram aqui, que vivem essa violência, é fantástico, porque eles conseguem trazer um olhar para o restante da equipe que não vive aqui que é muito legal** e você pensa: 'Poxa, (Nome das auxiliares) elas moram aqui e elas vivem isso'. Então muda um pouco o olhar, porque elas trazem isso. Tenho funcionária que vive violência em casa, que vive tráfico em casa, tem parente preso e as meninas dão conta de acolher isso delas e enxergar esse outro de forma diferente, porque nossa amiga aqui do lado ela vive isso todos os dias na casa dela. Então a gente tem um olhar diferenciado para isso. Isso para mim aqui foi muito fundamental. Eu tenho hoje 4 servidores que são aqui da comunidade, fora o ACS, e elas trazem um olhar muito legal desse paciente que está chegando, os pacientes se reconhecem nelas. Então é muito legal." (G3)

Ademais, as reuniões de equipe configuram-se como espaço favorável para se pensar a equidade como princípio norteador para as ações desenvolvidas, com foco na identificação dos núcleos familiares mais carentes e que demandam maior atenção da equipe, bem como na sensibilização para a promoção do cuidado efetivo e que considere as individualidades e o protagonismo dos usuários. Considerando a complexidade e o grau de subjetividade dessas reflexões, fica evidente o quanto o trabalho em equipe tem potencial de maximizar a elaboração de estratégias mais assertivas e que considere todas essas nuances.

"Então **em reunião de equipe a gente conversa sobre** isso, a gente tenta **trabalhar o protagonismo do usuário no processo** e a gente espera que a **equipe tenha sensibilidade para determinado núcleo familiar**, determinada pessoa que não vai conseguir evoluir naquilo e, aí, realmente precisa de um apoio maior da equipe. **É pensar na equidade mesmo.** Têm famílias que preciso atuar de uma forma mais efetiva do que outras." (G3)

Também foi legitimado como competência gerencial relativa à liderança a capacidade de saber ouvir e acolher. No que se refere a esse quesito, destacaram-se, dos relatos dos gerentes, características como disponibilidade, sensibilidade, predisposição para a escuta qualificada, bem como para a investigação das necessidades sociais e de saúde da população. Tais características foram sustentadas pela prática do olhar diferenciado e do acolhimento individualizado.

"Eu acho que eu tenho um cuidado, um **olhar diferenciado** para essas pessoas. Quando você chama, por exemplo, um morador, uma pessoa, o usuário e ele vem para conversar com a gente, com o gerente, normalmente, quando ele procura o gerente, é porque por trás daquele pedido, por exemplo, uma solicitação de cadastro e de consulta, tem uma outra coisa. Então, eu aprendi aqui a ter uma sensibilidade maior para lidar com as pessoas e olhar um por um [...] Então, eu acho que aqui, eu aprendi muito a questão de **ter um olhar mais sensível, ouvir mais.**" (G8)

"Eu considero que eu ainda tenho que fazer muito ainda no território, mas dentro do serviço, na área interna, eu acho que **eu acolho muito bem**, porque eu sou a ouvidoria. Não precisa do usuário ir abrir a ouvidoria, porque eu sou a ouvidoria. O que ele tem de pedidos, de solicitações, de avaliação de qualquer situação, na farmácia, na vacina, aqui mesmo, com a questão da odontologia, da zoonoses, se o usuário tem dúvida ainda, mesmo com a informação dos profissionais, eles descem e eu explico" (G6)

"Eu brinco que, quando eu era a enfermeira que ficava correndo atrás de tudo, eles sempre falam isso comigo: 'Eu gosto de você, porque você enquanto não vai lá e resolve, você não sossega'. Eu sou mais assim mesmo. Se chegava uma demanda, eu faltava ligar para o secretário para tentar resolver. Então, **você tem que estar muito disponível mesmo.** E tem gente que não está. Tem gente que vem, atende o básico, não quer saber o que está acontecendo na casa da pessoa, né? [...] Às vezes, a mulher que você atende que está chorando, não te disse o porquê que ela está chorando, mas aí quando você começa a conversar ela te diz que é porque ela foi espancada ou porque o filho está preso ou porque o filho entrou para o mundo das drogas ou que ela não tem comida dentro de casa ou sei lá, o marido saiu para procurar um bico e não achou [...] Então, eu acho que esse **olhar**, que independente de qual função que você tenha, ele tem que ser **diferenciado**, porque senão você não vai conseguir ajudar o quanto você pode, né?" (G5)

"Então, **minha porta é aberta** para quem quiser conversar comigo. Na medida do possível, se eu tenho condições de ajudar aquele atendimento, eu procuro ajudar" (G1)

"Eu acho que em uma região vulnerável você tem que **ter um outro olhar.** Você tem que **ter um olhar com mais humanidade**, você tem que abrir mais a questão do acesso, **melhorar o acesso.** Não só na região vulnerável claro, mas em uma região que tem uma grande vulnerabilidade isso é primordial, porque o paciente, às vezes, ele não tem uma vida organizada a ponto de conseguir entrar na sua organização. Então você tem que ter esse olhar né? Eu acho que as doenças, as doenças são doenças, mas onde o pessoal adoce mais, você tem que **ter um acolhimento**" (G7)

Tais achados se articulam com o conceito de humanização, apresentado na PNH, lançada em 2003, a qual promove mudanças nas configurações dos modelos de cuidado e gestão (BRASIL, 2004; PASCHE, 2009). De acordo com o referido documento humanizar significa ofertar um atendimento que considere os avanços tecnológicos articulando-o com o acolhimento (BRASIL, 2004). No contexto das discussões sobre a humanização dos serviços de saúde o termo acolhimento ganha especial relevância, sendo compreendido como uma importante ferramenta para a construção de relações de confiança, de compromisso e de vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários do SUS, facilitando o trabalho e aproximando a

comunidade das unidades de saúde. Além disso, Pires e colaboradores (2019) encontraram como achados de seu estudo, que práticas fortalecedoras do acolhimento, do vínculo e da boa relação com a comunidade contribuem para a redução da carga de trabalho dos gestores na APS. No entanto, segundo Paula *et al.* (2018) essa ainda é uma realidade distante nos serviços de saúde, visto que muitas vezes os profissionais reduzem o conceito de acolhimento à um bom ambiente de atendimento ou à realização de uma boa triagem, excluindo outros aspectos do cuidado, como por exemplo o conhecimento acerca do contexto social do indivíduo que está sendo assistido.

Portanto, acolher significa reconhecer que os usuários que procuram os serviços de saúde possuem necessidades singulares e legítimas, sendo necessário que equipes e gestores redesenhe as suas práticas se adaptando às demandas da comunidade, sob o risco dessa estratégia se tornar uma ferramenta de exclusão (BRASIL, 2016). Neste sentido, a ação de acolher deve ser praticada desde a porta de entrada da unidade de saúde até o encaminhamento da necessidade do usuário.

Estudo realizado por Farão e Penna (2019) que trata dos significados das necessidades de saúde dos usuários da APS, na perspectiva dos profissionais da ESF, constatou-se que as necessidades visíveis aos profissionais estão atreladas às queixas de saúde e condições clínicas do corpo, estando portanto diretamente relacionadas com o enfoque orgânico e com o bem estar corporal. Já as necessidades invisíveis consistem naquelas situações que não encontram espaços para serem ouvidas, seja porque não possuem vinculação a uma patologia específica ou ainda porque não fazem parte das ações ofertadas pelo serviço, ficando às margens do cuidado e por vezes ocultas. Considerando esses conceitos as autoras afirmam que o cuidado e as práticas dos profissionais da ESF carecem de uma abordagem interacionista, centrada nos usuários e que contemple a subjetividade dos indivíduos, a dinamicidade da vida, a variabilidade dos contextos e a relação familiar, indo além da busca de queixas orgânicas para desvelar as necessidades invisíveis.

Portanto, é de suma importância que os gerentes da APS tenham clareza das concepções das necessidades de saúde, avançando na gestão e no planejamento do cuidado de forma a construir e consolidar práticas que considerem as singularidades dos sujeitos. Ademais, ao organizarem os serviços, sob a lógica do acolhimento, da escuta qualificada e da troca de saberes, os gerentes fortalecerão a postura acolhedora da equipe, bem como a mudança de atitude dentro do serviço de saúde,

propiciando a identificação das necessidades de saúde e o alcance da integralidade no cuidado. Tais inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde possibilitarão a criação de um ambiente de confiança e de responsabilidade social, ampliando a resolutividade no âmbito da APS.

A habilidade de negociação e gestão de conflitos foi outra competência encontrada na pesquisa. A fala de G2 foi bem representativa nesse quesito e traduz o quanto essa competência pode ser demandada no contexto de vulnerabilidade social. No relato a seguir fica evidente o senso comum de que populações vulneráveis são reconhecidas por serem perigosas e oferecerem riscos. Tal ideia é formada a partir de crenças, preconceitos e tradições transmitidas de geração para geração ao longo do tempo. Neste exemplo, o senso comum foi capaz de projetar sentimentos de angústia e medo e de cristalizar pré-conceitos, prejudicando minorias e grupos vulneráveis. Portanto, negociar e gerir conflitos no contexto de vulnerabilidade social é desafiador para os gerentes considerando a diversidade de situações potencialmente geradoras de estresse e que favorecem a ocorrência de divergência, seja envolvendo os trabalhadores das equipes, usuários e equipes e comunidade e serviço.

“Em maio do ano passado, quando a polícia invadiu aqui, os funcionários ficaram muito com medo, porque foi uma invasão da polícia aqui dentro da unidade atrás de um bandido. Bandido não entra aqui. Se entrar, ele não vai ficar, entendeu? Ele só passou, pulou e foi embora. E aí causou um transtorno enorme dentro da unidade, assim: o impacto com os estagiários da medicina, eu tive que ir na federal, **argumentar** que era possível trabalhar aqui dentro, mostrar a questão da vulnerabilidade, tive que **negociar**, porque aqui tem a medicina, a odontologia, a terapia ocupacional, a nutrição, são várias escolas que estão aqui dentro. Então, tive que **fazer essa discussão** lá na federal. Tinha gente, aluno, que não deu conta de voltar por causa dessa coisa, professor que não queria voltar. Então, assim, foi **muito enfrentamento**, de falar que é possível, de falar com o funcionário que é possível. E, às vezes, a gente assume riscos. A gente está sem o porteiro, sem o guarda municipal. Falando com eles: 'Não, está tudo bem' (risada). Na época, tinha guarda dia sim e dia não. Agora, nem sim e nem não (risada). Para você ver, tiraram de um território desse o guarda municipal. Assim, foi muito difícil. Então, assim, essas situações de vulnerabilidade, às vezes, são bem cansativas sabe, assim, você **ter que fazer e argumentar**. Por exemplo, agora, aqui, como eu vou ficar brigando com o meu gerente porque ele tirou o guarda daqui, sabe? Não é talvez pela escolha dele, né? E outra coisa: eu não chamo a polícia, porque, não é desejável que chame a polícia por qualquer motivo. Agora, eu tenho chamado bastante a guarda municipal, depois que eu perdi, para dar bastante trabalho para eles, para eles verem que aqui precisa. E aí, às vezes, o parâmetro de avaliação de necessidade é chamar a polícia, entendeu? Então, assim, nessas áreas, a gente não deve ficar chamando a polícia. Igual outro dia o policial veio aqui e queria informações de usuários. 'Olha, se você me abordar na rua, eu não converso com você'. Não converso com policial perto daqui. De jeito nenhum, isso é um risco para mim. Não converso. 'E a gente não vai te dar informações de usuário daqui. Nós não estamos aqui



para isso. Se você quiser, você vai pedir por e-mail, seu superior, ele vai pedir e a informação vai se dar, mas você vir aqui e ir na casa do usuário, não'. A polícia civil já fez isso, se fantasiou de funcionário. Foi muito difícil para nós, né? Fazer depois o funcionário da zoonose voltar no território e falar que ele não tinha nada com isso. Entendeu? **A gente tem que fazer esses enfrentamentos.** E aí os funcionários ficam por um tempo, todo mundo amedrontado. Isso causa impacto muito ruim no trabalho" (G2)

Ainda sobre a habilidade de gestão de conflitos G5 faz alusão às boas práticas de convivência, como por exemplo tratar as pessoas pelo nome, enquanto uma estratégia que pode amenizar a geração de conflitos, facilitando a relação e aproximando profissionais e usuários. Tal atitude está em consonância com a lógica de humanização e de valorização do atendimento individualizado e é facilitada pela baixa rotatividade profissional. Isso porque, quanto maior o tempo de permanência em um dado serviço, maior serão as oportunidades de ocorrência de contatos mais efetivos com a comunidade.

"Eu te digo que eu acho que o perfil no geral é relativamente tranquilo. Não sei se por eu já estar aqui, muita gente me conhece. Eu tenho tido essa capacidade de lidar melhor, porque **chamo muita gente pelo nome.** Então, assim, eu acho que isso ajuda a **ter uma boa convivência** e, inclusive, de **amenizar possíveis conflitos**, sabe?" (G5)

Ademais, o contexto de vulnerabilidade social é favorável para a ocorrência de enfrentamentos e exigem dos gerentes maior capacidade de diálogo e argumentação, em razão das diversas situações potencialmente geradora de confrontos entre os sujeitos na sua relação cotidiana. Tais situações podem estar relacionadas a cultura, discrepâncias na escolaridade e formação, influências sociais e políticas, bem como à ocorrência de deficiências nos serviços de saúde. Considerando que os gerentes são os responsáveis, no âmbito local, por dar respostas às demandas da população e que o conflito faz parte das relações humanas, ter habilidade para dialogar, argumentar e comunicar-se é de extrema importância para os gerentes por permitir a geração de ajuste e consenso, sendo capaz de sustentar a harmonia, a proposta do trabalho em equipe e a confiança dos usuários no serviço.

"O tempo todo é gente que chega para você, querendo que você passe, dando um jeito na questão da especialidade, porque a única forma que ela tem de ir ao especialista é via SUS, só que tem consulta que vai demorar 8 meses para marcar. E aí, ela não está perto do sistema de regulação que marca para ela, ela está perto da gente que está lá dentro, do lado dela, na casa dela. 'Então gerente você tem como antecipar?', 'Não, não tem'. Então essas respostas ou falta de respostas que a gente tem, **essas deficiências, elas têm que serem respondidas o tempo inteiro** por pessoas que estão aqui ou pelo gerente. Então, o gerente tem que **ter muita capacidade de dialogar, muita capacidade de escutar, muita capacidade de expor o que**

**de fato são as questões problemáticas.** Então assim, é um desafio o tempo inteiro” (G5)

A segunda competência diz respeito a gerência de recursos e do cuidado e nela foram enquadrados os seguintes aspectos: domínio da rede, dos fluxos e “artimanhas”, conhecimento da área de abrangência e do diagnóstico situacional, articulações, capacidade administrativa, gestão de recursos humanos e materiais e promoção da corresponsabilização.

Em relação aos conhecimentos e aos modos de fazer dos gerentes destaca-se o domínio da rede, dos fluxos e as “artimanhas”, os quais os gerentes fazem uso no desenvolvimento da sua prática, considerando os desafios do contexto de vulnerabilidade. Percebeu-se que no desenvolvimento da prática dos gerentes aspectos sociais como violência, acessibilidade, renda, dentre outros, interferem na forma de gerenciar, levando os gerentes afastarem-se do prescrito e a navegarem nas RAS de forma incomum, porém com foco em promover o acesso e garantir a melhor assistência. Tal situação é exemplificada nos trechos a seguir.

“A gente não pode ter umas regras muito rígidas, né?! Eu até lembro sempre, no começo da minha gestão, que uma vez um administrador falou assim: ‘O **gerente existe para burlar a norma**, porque se ele tivesse que só seguir as regras, as normas, não precisava do gerente, era só cumprir’. Então, o gerente, ele tem que fazer uma gestão em cima daquilo que está dito, né?! Às vezes, precisa garantir o acesso diferenciado. Garantir que o paciente tenha acesso ao medicamento que às vezes não está bem preconizado. Quanto a norma, você vai discutir com a farmacêutica para garantir que aquele paciente tenha acesso pelas vulnerabilidades que ele tem [...] então, assim, pesando muito mais na questão social do que na questão clínica, né?! Então assim, aqui a gente coloca muito isso das dificuldades [...] você precisa **fazer intervenções numa outra ordem** para que você consiga garantir [...] então assim, **tem hora que você tem que criar essas artimanhas para cuidar.**” (G2).

“Quando chega paciente aqui no centro de saúde que é urgência, os enfermeiros estão lá, mas eu subo para verificar, mesmo que não seja questão assistencial, eu subo para verificar os contatos, porque como eu já **conheço na rede os fluxos posso facilitar**, ligar e conversar com o médico regulador no SAMU e articular para ir para o lugar correto. Isso faz com que a qualidade da assistência melhore muito, porque às vezes, como Unidade Básica, o nosso fluxo da urgência é ir para a UPA Norte. Então se o paciente tem um diagnóstico proposto aqui pelo médico da equipe de que pode ser um AVC e ele está dentro da janela, eu vou fazer contato no Risoleta, **mesmo não sendo o fluxo**. Eu estou aqui do lado, não vou deixar o paciente perder essa janela de fazer o trombolítico né? Então eu prefiro fazer o contato direto no Risoleta, explicando a minha situação. Eu coloco médico para conversar se eles quiserem e, muitas vezes, eu consegui encaminhar funcionário meu. Uma aqui que tinha possibilidade de ter fraturado o pé, ao invés de ir para a UPA ela já foi direto para o Risoleta” (G6).

“Como eu vou prescrever um cuidado para uma comunidade que não tem acesso às questões básicas. Um exemplo simples: ‘Um diabético,

insulinodependente, que eu oriento que ele coma determinados alimentos e ele tem o arroz e o fubá. Como atuar em cima disso?' Então é desafiador para o profissional que está aqui, porque ele tem que **propor estratégias que vão além daquilo que é o cuidado que ele aprendeu na academia. É algo que vem do humano, que vem de construções, de criatividade**, para tentar ajudar essa comunidade. O desafio maior para mim é esse: 'É você conseguir produzir saúde nesse ambiente'" (G3)

**"Uma consulta que você consegue agilizar, um processo, um fluxo dentro da secretaria que você consegue agilizar ou dentro de hospital ou mesmo aqui dentro da unidade.** A gente poder agilizar uma consulta para o paciente, né? De conversar com o médico, de falar o que que está acontecendo. Mostrar o outro lado da vida da pessoa, né? Por que o médico e o enfermeiro às vezes estão vendo só o lado clínico né? 'Ah, esse paciente é não sei o quê'. Aí você vai e mostra o outro lado, né? Que às vezes eles não estão vendo. Então, eu acho que a gerência, isso me dá um gás, isso me anima, isso me estimula" (G8)

Tais trechos dialogam com a obra 'A invenção do cotidiano' de Michel de Certeau (2014), na qual as práticas cotidianas são apresentadas como maneiras de fazer pelas quais os sujeitos se apropriam criativamente do cotidiano. Nesse livro Certeau rompe com a definição de cotidiano como rotinização para dar lugar à ideia de cotidiano como movimento, o que se dá a partir de um jogo articulado de práticas do tipo estratégias e táticas. Ou seja, Certeau fala da dinamicidade do cotidiano e traz a ideia de novas formas de fazer, desenvolvendo os conceitos de estratégias e táticas para compreender a natureza da multiplicidade de práticas que constroem o cotidiano. Para ele as estratégias estão relacionadas a lugar e delimitam o fazer dos profissionais. Uma estratégia é uma entidade reconhecida como uma autoridade, que se manifesta fisicamente por seus produtos, que são as leis, linguagem, rituais, artes, invenções e discursos e é relativamente inflexível, pois está atrelada a um "próprio", que é a sua localização espacial ou institucional. Já as táticas são ações calculadas e determinadas pela ausência de um lugar próprio, possibilitando assim a reinvenção do cotidiano. Como explica Josgrilberg (2005) é adequada a ideia de tática para se pensar o movimento criativo e, por vezes, de resistência das práticas cotidianas. As táticas necessitam encontrar modos inventivos de escape e confrontação em cada situação. Ou seja, elas organizam um novo espaço e podem vir a ser estratégias. Diante disso, pode-se concluir que a necessidade faz uma tática emergir no mundo, enquanto uma estratégia vê necessidades como coisas que talvez tenham que ser criadas. As estratégias e táticas não são dicotômicas ou antagônicas. As táticas não negam as estratégias e as duas coexistem (LEITE, 2010; CERTEAU, 2014).

Diante do exposto, considera-se que o estudo do cotidiano é de extrema importância para a compreensão da prática profissional. Portanto, pesquisar o

cotidiano no contexto da saúde é captar as artes de fazer, as operações que acontecem nas instituições, realizadas por profissionais e usuários, permitindo recuperar os aspectos contraditórios e as diversas perspectivas presentes, os múltiplos desenhos e características sociais e políticas que formam o contexto mais amplo. Sendo assim, as invenções cotidianas que ocorrem na saúde representam as diferentes formas de os profissionais se ajustarem às políticas que lhes são impostas e de se reorganizarem no cotidiano de suas práticas profissionais.

Adjunto ao domínio da rede e dos fluxos, os gerentes entrevistados externaram também como competência gerencial o conhecimento da área de abrangência e do diagnóstico situacional. O mesmo achado foi encontrado em estudo realizado por Fernandes e colaboradores (2019) com enfermeiros atuantes na gerência de Unidades de Saúde Família. Nas assertivas a seguir os gerentes pesquisados enfatizam a importância do desenvolvimento e da estimulação desse conhecimento junto a equipe.

“Algo que acho muito primordial é **a equipe ter um diagnóstico dessa comunidade**. A equipe **para propor um trabalho, ela tem que conhecer o público-alvo**. ‘Quem é essa população que eu estou cuidando?’. Então isso é, algo que a gente tenta conversar com as equipes. Então a gente tem reuniões semanais. São quatro horas de reunião protegidas na escala. Então toda equipe se reúne e elas não são incomodadas para elas conversarem ali” (G3)

“Quando eu converso com os ACS’s, o tempo inteiro, eu cobro delas na visita domiciliar, o tempo inteiro a gente está pensando em **conhecer a comunidade**. **Se a gente não conhece, a gente não consegue dar resposta**” (G5)

“Uma coisa que eu falei no meu primeiro dia aqui com as ACS’s, é que eu iria **andar no território**. Eu não consegui fazer isso até hoje, mas **para você entender muito melhor, você tem que estar dentro do território**” (G6)

Considerando que as condições de saúde são territorializadas e que as situações de vulnerabilidade social favorecem à maior incidência aos riscos e, conseqüentemente, à ocorrência de doenças, faz-se necessário que tanto os gerentes da APS, quanto a equipe da ESF estejam atentos para a identificação das vulnerabilidades sociais que se incidem sobre os territórios, visando estabelecer planos de promoção de saúde e de prevenção de agravos alinhados com os contextos de vida da população e direcionados para a mitigação dos riscos. Segundo Pires *et al.* (2019), definir o diagnóstico situacional e conhecer os problemas locais são pontos de partida essenciais para a formulação de um planejamento assertivo e para a organização do trabalho na APS, com foco em uma gestão adequada e resolutive. A

esse respeito, Lima e Guimarães (2018) fazem uma contextualização, apontando as mudanças ocorridas na lógica do enfrentamento das questões sociais, a partir da substituição da livre demanda e do assistencialismo por ações de superação das iniquidades sociais e de saúde que afetam as populações. Essa nova configuração exige mudanças no setor saúde, com vistas ao desenvolvimento social, abrangendo o conceito de território vivido. Para tanto, eleva-se a importância e a necessidade de se conhecer a realidade e o contexto das famílias numa visão ampla, contemplando as relações sociais e o contexto de vida dos grupos e sujeitos, especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade social.

Nesse sentido, Silva, Lima e Lima (2018) apontam a vulnerabilidade social enquanto a junção da vulnerabilidade da população com a vulnerabilidade do lugar. Trata-se, portanto, do somatório de aspectos ambientais, estruturais e de organização social dos territórios com desigualdades sociais, econômicas, culturais e étnicas geradoras de carências, iniquidades em saúde e de injustiças a nível individual. Ademais, estudo desenvolvido por Viegas e Penna (2013), sobre a construção da integralidade no cotidiano de trabalho da ESF, mencionou que conhecer a realidade territorial e das famílias e realizar o diagnóstico situacional auxilia na definição do itinerário terapêutico e do melhor nível de atendimento, bem como na avaliação da necessidade de articulação intersetorial, sendo importante para gerir o trabalho em saúde rumo à integralidade da atenção e do cuidado.

Estudo realizado por Nalom *et al.* (2019), que tem como objetivo caracterizar a aprendizagem de estudantes de enfermagem e medicina, após a inserção na prática profissional, encontrou resultados consonantes com as reflexões apresentadas até aqui. Os estudantes dessa pesquisa afirmaram que a vivência prática e a introdução na realidade do serviço favoreceram a construção de um olhar ampliado para os determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença, bem como permitiu com que eles observassem a complexidade do contexto de vida das pessoas, concluindo que as necessidades de saúde da população exigem ações e políticas públicas intersetoriais.

Assim como outras regiões da cidade de Belo Horizonte, a Regional Norte apresentou um crescimento desordenado, ocupando áreas impróprias ou despreparadas para a habitação, como por exemplo, morros, margens de córregos e áreas íngremes. Essa, ainda, é a região com a maior concentração de conjuntos habitacionais, construídos pelo poder público, para a população de baixa renda

(SILVA; AMARAL; SIMÕES, 2012). Esses diferentes usos e formas de ocupação do território levou a produção de questões sociais complexas, como problemas de submoradia, riscos ambientais, entre outros. Essa realidade, marcada por forte desigualdade social, culminou na diferenciação e na segregação socioespacial e feriu com o princípio da universalidade estabelecido na constituição de 1988. Tal contexto destituiu essa população dos seus direitos sociais básicos, reduzindo o reconhecimento deles enquanto cidadãos. Neste sentido, G8 aponta que a presença de espaços sociais como por exemplo centros de saúde, escolas e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) como um importante avanço na conquista da cidadania para a população vulnerável, fortalecendo os seus direitos, bem como a ampliação do seu senso de pertencimento e de identificação com o território.

"Eu vou te falar uma questão não da sociedade, mas do território, né? **Essa questão de ter feito o Centro de Saúde deu um reconhecimento para eles, reconhecimento como pessoas, né? Como gente, porque até então eram invasores, né? Pessoas que tinham invadido o lugar e que não se reconheciam como população, como pessoa, como cidadão.** Então, eu acho que isso favoreceu muito, saber que eles têm uma unidade de saúde que eles podem ir, que **eles têm os direitos deles de saúde.** Eu acho isso importante. Mesmo a questão da escola e do CRAS, que agora já atende também" (G8)

Ainda no campo das competências relativas à gestão de recursos e do cuidado, destacaram-se as articulações feitas pelos gerentes na tentativa de superar as vulnerabilidades e melhorar a qualidade de vida da população, confrontando com o cenário de desigualdades, os quais, muitas vezes, são barreiras e dificultadores para o desenvolvimento de ações efetivas. As falas apresentadas a seguir expressam essa afirmativa.

"Eu acho que em uma a região vulnerável você tem que ter um olhar diferenciado, você tem que **trabalhar mais a intersectorialidade**, pesquisar, procurar saber o que você tem na região disponível para essa população sabe?!" (G7)

"É muito essa questão de você ter que realmente executar aqui o conceito ampliado de saúde. Se fosse somente ausência de doença a gente dava conta de fazer muita coisa, mas quando você pensa no conceito ampliado de saúde, que é o bem estar físico, social e ambiental [...] Então o desafio para nós hoje, que trabalha em uma unidade de vulnerabilidade social como a nossa, é conseguir levar essa comunidade a uma situação aceitável de saúde, de qualidade de vida, pensando no conceito ampliado de saúde [...] Você tentar trabalhar a equidade e pensar que para você ter equidade, você tem que **trabalhar de forma intersectorial.** Então assim, se eu não tiver o social do meu lado e a educação do meu lado a gente não consegue caminhar em muitas situações e em muitos casos que temos aqui. Então eu acho que o desafio é esse: 'É conseguir trabalhar realmente de maneira equânime, ofertando algo mais para aquele que realmente precisa mais' [...] **A questão**

**da intersetorialidade eu acho que ela tem que ser muito construída ainda.** A gente fala muito dela, eu tenho um CRAS aqui na minha área, eu tenho educação, mas a gente vê que na prática, diante de um caso complexo, a coisa não é tão simples, não é tão efetiva. Acontece, acontece, mas você tem um grande esforço. É um grande esforço que a equipe tem que fazer para essa conversa. A Regional Norte caminha muito nesse processo. A gente tem reuniões periódicas com a educação, a gente tem disponibilidade com a reunião do conselho tutelar, mas ainda assim é difícil” (G3)

“Eu acho que primeiro, ter a visão de que população você está trabalhando, ter a consciência disso. Como é uma população que ela vem aqui, mas ela tem infinitas de necessidades que você não vai conseguir suprir só aqui no Centro de Saúde e que **você tem que fazer, às vezes, essas comunicações, esses contatos com outros setores,** entendeu?” (G5)

“Você precisa pensar em promover, **buscar articulações.** Agora a gente está com os grupos junto com a Pastoral da Criança, fazendo um grupo de mulheres. Eles queriam que fossem com as mães que estão com maior vulnerabilidade social. Nós tentamos mais de 6 meses com essas mães, mas a gente não conseguiu. Às vezes temos esse contraponto, quem precisa mais, às vezes, não quer chegar nesse lugar, de ser, de saber, de ser ajudado [...] O tráfico leva ao ganho fácil de dinheiro, né? Então, às vezes, assim, em uma comercialização, você pode ganhar muito mais do que trabalhando né? [...] Eu acho que para gente ter qualidade de vida e de saúde da população é preciso investir para reduzir a desigualdade social, **investir na educação** da população. Então, se você quer melhorar a saúde, não é colocando mais médico que a gente vai melhorar a saúde, **é dando mais condição de educação, mais condição de lazer, de cultura, uma condição de trabalho melhor, é que você vai melhorar a saúde da população.** Muito mais do que megas hospitais, megas centros de saúde e milhares de médicos. As pessoas precisam é de estarem bem, porque a saúde não é só ausência da doença, saúde é muito mais do que isso. E para isso, a pessoa precisa estar bem e ter uma condição de fazer o seu autocuidado, né? E isso passa pela questão da educação” (G2)

“Eu sei que eu tenho muito mais a fazer e que **eu tenho ainda que me articular muito melhor** [...] Então assim, já fiz algumas ações em áreas vulneráveis, na qual eu fui junto com o grupo, com a equipe. Algumas casas que eu vejo que tem problemas estruturais [...] Tenho que chamar a defesa civil. Então eu já fui em várias casas aqui. Já conseguimos muita coisa para alguns usuários. Já tinha conseguido uma institucionalização de uma idosa que vive sozinha em condição péssima, a casa caíndo, os filhos são adotivos e não assumem ela. A gente conseguiu a institucionalização, mas só que como ela não tem apoio dos filhos e ela ainda tem um pouco de consciência, ela não quis ficar [...] Eu levei ela lá no meu carro para conhecer. Ela não quis ficar [...] O serviço social [...] tem uma **parceria** muito grande com uma rede de supermercados, então o que não consegue encaminhar na rede, com essa parceria, tem conseguido encaminhar essas adolescentes [...] Com isso, tem conseguido melhorar financeiramente a qualidade de vida das pessoas, dentro do território e **estreitar a parceria que a gente tem com uma rede privada.** Na verdade, assim, não seria só para o encaminhamento dos adolescentes, a proposta também é que a gente expanda para outras coisas que eles possam nos ajudar com o **privado no público,** entendeu?” (G6)

“O que a gente teve de muito importante que a gente conseguiu fazer aqui, é que a gente **formou aqui uma rede.** A gente faz uma reunião mensal, eu, o diretor da escola, o diretor da UMEI, o diretor do Centro Cultural e a coordenação do CRAS. Como a gente atende a mesma população, nós estamos atuando juntos, lidando juntos para tentar resolver da melhor maneira esses problemas, sabe? [...] Aqui a gente se envolve com ONG para

tentar arrumar cesta básica. Agora mesmo, a gente conseguiu uma casa nova para uma moradora, porque a casa dela caiu toda ali na ocupação. Ela estava gestante e estava quase dando o filho [...] Tenho uma equipe muito boa. Tenho uma assistente social muito boa. Essa questão da **rede**, da gente **ter esses parceiros**, de ter ideias, de estar tentando, de sempre estar fazendo algo diferente e nunca ficar na mesmice, né? Porque é muito fácil chegar, sentar na mesa, despachar e ir embora" (G8)

Considerando o modelo assistencial da APS somado ao contexto de vulnerabilidade social, fica evidente a complexidade e o caráter multifacetado das demandas nesse cenário. Neste sentido, Drachler e colaboradores (2014) apontam que as condições adversas e inadequadas, as quais a população em situação de vulnerabilidade social estão expostas, restringem suas opções de vida e influenciam em suas práticas de saúde, expondo-a aos riscos para doenças e agravos à saúde, à menor participação social, à maior demanda de recursos e à diminuição do acesso aos serviços de que necessitam. Portanto, faz-se necessária a atuação no formato de ações articuladas de diferentes áreas do conhecimento, envolvendo, os setores da saúde, educação, assistência social, entre outros e a formação de uma rede de ações contínuas e complementares com vistas ao enfrentamento das questões que acometem a população em situação de vulnerabilidade.

De acordo com Lisbôa, Girianelli e Vasconcellos (2020) a intersetorialidade é uma importante estratégia de ampliação de recursos para a resolução das questões sociais, além de permitir a construção do cuidado integral. Os mesmos autores afirmam ainda, que o trabalho intersetorial representa um facilitador para o processo de referência e contra-referência, viabilizando a atuação em rede, a interdisciplinaridade e assegurando a qualidade dos serviços, bem como proporciona maior transversalidade da assistência social com as demais políticas públicas, em especial aquelas que envolvam saúde, trabalho, renda, educação, habitação e sistema sociojurídico. Ademais, no contexto de vulnerabilidade social a intersetorialidade é fundamental para à garantia das políticas e dos direitos sociais, considerando as inúmeras e complexas demandas dessa população (LISBÔA; GIRIANELLI; VASCONCELLOS, 2020). De igual maneira, Farão e Penna (2019) afirmam que tanto no descobrimento quanto na supressão das necessidades de saúde, faz-se necessário a atuação interdisciplinar, bem como estabelecer na prática a articulação intersetorial, visando alcançar o cuidado integral e longitudinal das famílias na APS.



A despeito da importância da atuação intersetorial para o modelo da APS, Pires e colaboradores (2019) apontam que dentre os dificultadores da efetividade da integralidade da atenção está o desafio de implantar e fazer funcionar a intersectorialidade. Em contrapartida os mesmos autores afirmam que as práticas intersectoriais, bem como a realização de ações de territorialização, quando implantadas, podem contribuir para a redução da carga de trabalho dos gestores da APS. Portanto, na prática profissional, ainda se faz necessário ampliar as discussões em relação a articulação entre a rede intra e intersectorial, visando potencializar as oportunidades de combate dos determinantes sociais que influenciam no processo saúde-doença, atendendo ao prescrito no modelo assistencial da APS (LISBÔA; GIRIANELLI; VASCONCELLOS, 2020).

A capacidade administrativa, como uma competência gerencial relativa à gerência de recursos e do cuidado, foi apresentada com ênfase para a burocratização do serviço. Destaca-se das falas dos gerentes o anseio e desejo de que atividades de cunho burocrático fossem eliminadas das funções gerenciais, visto que as questões administrativas preenchem sua rotina de trabalho, tirando-lhes o foco daquilo que realmente importa para eles no desenvolvimento de sua prática, a exemplo da formulação do planejamento estratégico e do estudo dos indicadores de desempenho da unidade como evidenciado nas falas a seguir.

“A gente na gerência sempre tem a expectativa de dias melhores né? A gente sempre tem a expectativa que o governo, ou o próximo governo ou o governo atual, que ele vai ter esse um olhar para a saúde, direcionado para a saúde. Eu tenho expectativa de que a Secretaria Municipal de Saúde entenda a necessidade de o gerente ter alguém que o ajude. Tipo assim, um gerente adjunto, para que **tire o gerente dessa questão burocrática. O gerente ele fica muito voltado para a questão burocrática e isso atrapalha ele de trabalhar as outras frentes** né? **Estudar os indicadores, fazer o planejamento estratégico**, enxergar outras coisas. A gente **perde muito tempo com questões burocráticas**. Eu tenho sim um sonho, expectativa de que isso seja enxergado. E a expectativa, não é nem expectativa, é gostar de trabalhar no SUS né? Eu sempre gostei de trabalhar no SUS” (G7)

“As minhas expectativas, acho que são trabalhar em melhores condições tanto físicas, quanto estruturais, né? Eu acho que a gente apaga muito fogo mesmo, no dia a dia. O **gestor gasta muito tempo fazendo questões administrativas** mesmo, de fazer ofício, olhar um vazamento, mandar consertar uma cadeira. Aí você deixa de pensar em política de saúde, né? Então, acho assim que a **minha expectativa é de trabalhar política de saúde**. Eu **quero pensar em estratégias para melhorar o atendimento, para a gente melhorar o indicador, trabalhar mais esse indicador**, ter uma formação toda voltada. Trabalhei muitos anos, basicamente só com indicador, então assim, **eu tenho esse desejo, eu sei que pode trazer bons resultados**. Então, o meu desejo é trabalhar com essa perspectiva, né? Eu sei que é muito difícil, que o dia a dia é tumultuado, conturbado, ele é

imprevisível, mas eu acho que aos poucos, a gente vai conseguindo moldar, criar um perfil. E eu tenho o desejo de melhorar a cultura mesmo, assim, da unidade, sabe? Tornar um lugar melhor, mais tranquilo de trabalhar, de imprimir um perfil de bom atendimento” (G5)

“É bem difícil, porque muitas vezes, assim, você quer trabalhar com o hoje, né?! **O gerente quer trabalhar com planejamento, organizando o processo de trabalho** e a gente não tem o suporte, né?! Então, **a gente tem que, às vezes, fazer de tudo, né?! Cuidar de coisas bem administrativas** que talvez um bom administrativo, um bom secretário, como a gente tinha antes, né, algumas unidades, eu nunca tive, um gerente adjunto ou um outro profissional poderia dar conta para você **fazer melhor a gestão dos processos**. Então, com certeza, assim, a **gente acompanharia melhor, tanto com base nos dados que a gente tem disponível no sistema, quanto no acompanhamento nas reuniões mesmo**. Muitas vezes, a gente **não consegue acompanhar todas as reuniões que têm na unidade [...]** Você não precisava ficar o tempo todo nela, mas **a gente não consegue participar da forma que a gente deveria para poder acompanhar o processo, contribuir”** (G2)

Tais achados concordam com os resultados apresentados por Fernandes *et al.* (2019) sobre as competências gerenciais necessárias no contexto da Unidade de Saúde Família, considerando a prática do enfermeiro. Nesse estudo, os enfermeiros entrevistados legitimaram como competência gerencial o conhecimento de indicadores, elevando a importância de se utilizar as informações disponíveis como ferramenta para propor mudanças na forma de trabalho na APS, bem como para negociações. Além disso, os mesmos autores, discutem que os indicadores de saúde funcionam como uma bússola, que orienta a trajetória dos serviços em direção a melhoria da gestão e da qualidade da assistência. Já o planejamento estratégico da unidade é tratado como um instrumento capaz de qualificar e organizar o trabalho, por meio da reflexão acerca das propostas de ação. Assim sendo, no processo de avaliação é possível realizar ajustes e mudanças estratégicas ou até mesmo abortar o plano. Portanto, tais estratégias técnicas e administrativas auxiliam na tomada de decisão no interior das unidades de saúde e são chave para uma gestão efetiva, de qualidade e que contemple a articulação entre gerência e cuidado (FERNANDES *et al.*, 2019). A esse respeito, estudo sobre competências gerenciais essenciais para enfermeiros, no contexto da ESF, apontou que apesar desses profissionais reconhecerem a necessidade do planejamento como fundamental, ainda persiste a dificuldade de planejar, seja porque se sentem consumidos pelas demandas de trabalho ou porque o planejamento não está enraizado enquanto comportamento (PERUZZO *et al.*, 2020).

As questões burocráticas são apontadas também como possíveis desculpas para que os gerentes se afastem de suas reais atribuições, o que representa um risco

para a gestão do cuidado junto à equipe. Portanto, em sua prática profissional os gerentes devem buscar o equilíbrio entre as atividades, com foco na manutenção da motivação individual e na garantia da associação entre o cuidado e a prática de gerenciar.

“Eu acho que o gerente ele é essencial. Uma unidade funciona muito bem sem gerente, mas o gerente que quer realmente atuar, enquanto **gestão do cuidado**, às vezes **o gerente pode ficar só nas questões burocráticas**, que isso consome a gente. Início de mês a gente fica enlouquecido para fechar conta. **Então as questões burocráticas gerenciais, elas são gigantescas, elas tomam um tempo muito grande da gente e elas podem ser a nossa desculpa para não atuar em outras questões**, mas o gerente ele tem um papel tão fundamental, ele faz com que a equipe continue caminhando, a gente dá conta de interagir com a equipe de uma forma para discutir caso e dar um passo a diante. Isso é algo que me dá prazer. Eu acordo todos os dias e isso me dá prazer. Primeiro porque é essencial [...] É algo que eu me sinto muito motivada por ver isso, então, principalmente para mim, isso é muito bom, isso impacta na nossa vida” (G3)

“A gente vai fazer o Outubro Rosa, né? Essas ações, assim, a gente gosta muito, **motiva a gente**. Apesar de toda dificuldade que a gente tem no dia a dia [...] a gente, às vezes, **foge fazendo essas ações, porque aí dá motivação. Se a gente for ficar só focada nos problemas do dia a dia, dessa rotina, dá vontade de desistir**, né. Então a gente foca nas coisas novas, nos projetos novos” (G2)

Ainda sobre a alta demanda de trabalho dos gerentes, G2 apresenta uma fala vinculando a ausência de determinado profissional ou mesmo às situações de vulnerabilidade social, como condições que contribuem para aumentar a carga de trabalho dos gerentes, visto que são os responsáveis pela coordenação do cuidado no âmbito local, estando, assim, na posição de encarregados de dar respostas às mais diversas situações. Neste sentido, Pires e colaboradores (2019) afirmam que inconformidades no trabalho como a realização concomitante de atividades assistenciais e gerencias, especialmente como acontece no caso de enfermeiros, e a sobrecarga de atividades, são aspectos que podem contribuir para aumentar as cargas de trabalho dos gestores da APS, desviando a atenção e o foco deles de suas funções voltadas para a melhoria contínua dos processos e da assistência à comunidade. Além disso, Cardoso *et al.* (2019) apontam que as dificuldades vivenciadas diariamente por gerentes enfermeiros na APS, com destaque para os processos burocráticos e para a divisão do tempo entre atividades gerenciais e assistências, são considerados fatores desafiadores e influenciadores no processo de trabalho de gerência, coordenado por essa categoria profissional.

“Eu, quando entrei aqui, eu não tinha assistente social, eu atuei muito como assistente social, fazendo relatórios, porque assim, vai desde casos de violência, de maus-tratos, risco para criança. Na época que eu atendia aqui, eu fiz relatório para o Conselho Tutelar, acionar o conselho. **Se você não tem esse profissional, o gerente tem que fazer todo esse papel e mesmo tendo, você, muitas vezes, precisa, porque tem casos que ultrapassa como problemas de violência contra criança**” (G2)

Apesar da alta demanda de trabalho, no desenvolvimento de sua prática os gerentes entrevistados revelam inquietação frente as reflexões, feitas por eles, em relação ao resultado que estão entregando para a população. Por meio dos relatos a seguir são evidenciados os inúmeros questionamentos e inseguranças dos gerentes no tocante à sua atuação e forma de trabalho e a sua preocupação em estabelecer uma prática de excelência e que agregue valor para o serviço, com reflexo para as condições de vida e de saúde da comunidade.

“É um desafio constante. Várias vezes você fica assim: ‘Poxa, eu preciso de um plano B’. Isso passa pela cabeça da gente sabe? ‘Não vou dar conta não’. Aí você se cobra. Às vezes acontece as coisas na unidade aí você fala assim: ‘Poxa, **será que eu não estou fazendo as coisas da maneira que eu deveria?**’, ‘**Será que está legal?**’, ‘Será que eu vou dar conta de planejar?’, ‘Será?’. Então a gente está, **eu estou sempre com esses questionamentos: ‘Será que eu estou fazendo um bom trabalho?’**, ‘Será que é isso mesmo?’, ‘**Será que eu posso melhorar?**’, ‘Será que ano que vem eu vou conseguir planejar, desde o início do ano, um monte de tarefas, um monte de ações que criam impacto na saúde da população e não vou ser atropelada pelas questões burocráticas ou pelo dia a dia mesmo?’. O dia a dia atropela a gente muito” (G7)

“A gente vai pensando: ‘**Será que a gente está indo no caminho certo?**’, ‘**Será que eu estou esgotando todas as minhas ações?**’” (G4)

“**Minhas expectativas em relação ao meu trabalho é de melhorar cada vez mais.** Como eu falei: ‘**Eu não sei tudo, eu estou aprendendo, eu estou no caminho e eu acho que até o dia da minha aposentadoria eu já vou ter alcançado pelo menos 90% do que é a rotina do trabalho no PSF né?**’ [...] Então assim, aqui eu sei que **ainda vou ter que trabalhar muito** e hoje eu valorizo muito o trabalho de quem trabalha em PSF, porque o fluxo é muito maior, você tem que dar conta de uma população X, com tudo que você tem que prezar de trabalho relacionado ao adolescente, à criança, ao menor de um ano, ao idoso e à gestante” (G6)

“Eu sempre tive um desejo muito grande enquanto enfermeiro que é trabalhar mais com prevenção e menos com cura, mas eu acho que **a gente tem que o tempo inteiro repensar, realinhar, porque a gente está inserido em um contexto muito maior.** Você está inserido em um contexto que está congelado o investimento em saúde por 20 anos. Então, não tem como eu enquanto gestora, profissional da saúde, esquecer disso, embora muitos esqueçam, né? Mas não tem como. Então, assim, tem muito gestor que não importa para isso, mas eu sei que ano que vem eu vou ter menos dinheiro para trabalhar e isso vai impactar na pessoa [...] ela vai chamar mais a equipe, ela não vai ter um LOAS (benefício assistencial), não vai ter qualquer benefício que seja [...] Então assim, é muito complicado. Então **não dá para a gente esquecer disso tudo quando você pensa na gestão.** Então assim, dentro dos nossos limites, eu acho que se você movimenta, você movimenta

também pensando na questão maior que a gente não pode deixar de pensar nisso. Então assim, a gente trabalha na perspectiva de falta, né? **O tempo inteiro é revendo o que eu posso fazer com aquilo que eu tenho. Vai faltar material, o que eu posso fazer, né? É uma questão de política pública de falta de beneficiamento ou é uma questão de ineficiência nossa aqui interna?** Então assim, na minha ineficiência interna, eu consigo mexer, né? Mas no grande lá, eu tenho que estar com um tanto de gente para mexer, né? Então assim, eu acho que no impacto, acho que é isso. Se você está envolvido, se você fizer um bom trabalho, se você tem técnica, né? **Gestão, você sabe que tem técnica de gestão para fazer um bom trabalho. Se você quer utilizar para fazer um bom trabalho, você sabe que pode ter um bom resultado.** 'Ah não, esse resultado eu não tive', igual eu encaro muito, porque tem muitas variáveis externas aqui que eu não consigo controlar. Eu acho que esse tipo de resposta que eu tentei, mas acho que não é simples. Eu sei que não é simples, porque é muito difícil, muito cheio, conturbado, muito complicado. **Acho que aos poucos, a gente vai conseguindo, né?** Então assim, **no geral, é a sociedade ter pessoas mais saudáveis com menos problemas.** Mas se eu consigo um comitê, que a gente teve a ideia aqui de montar, discutir e evitar que uma gestante tenha uma criança contaminada pela bactéria (sífilis), uma criança a menos que não recebeu tratamento e que não precisou ficar internada, que não vai ter problema no futuro. Então, esse é um impacto social para sociedade. Enorme. Então, **essa leitura, a gente tem que ter, a gente tem que fazer"** (G5)

Como visto, são inúmeros os obstáculos e dificuldades enfrentados pelos gerentes da APS durante a prática profissional, especialmente no contexto de vulnerabilidade. No entanto, nessa pesquisa destacaram-se os desafios relacionados à gestão de recursos humanos e materiais, com ênfase para as condições de trabalho. Nesse quesito, sobressaiu-se os problemas gerenciais referentes à demora na contratação e alta rotatividade dos profissionais, precariedade estrutural e de recursos, divisa territorial, dentre outros, como apresentado a seguir.

“Obstáculos não. Acho que nem é obstáculo, acho que **faz parte mesmo da questão da gestão, das dificuldades.** A gente tem **difficuldade de número de população por equipe** né? Isso é um dificultador, não só aqui na unidade, mas acho que isso é em qualquer lugar. A gente sempre trabalha com um número maior de população do que é preconizado. A gente tem, às vezes, dificuldade na questão de **falta de insumos, falta medicação.** A gente trabalha também com isso né? A gente tem que saber trabalhar com esse cuidado. A gente tem, às vezes, a **demora na contratação do profissional, a rotatividade** que às vezes acontece em vários níveis, principalmente médico e enfermagem é onde tem mais rotatividade. Aqui já melhorou muito, mas ainda tem né? Uma dificuldade minha, que por ser **região limítrofe, é que eu tenho Santa Luzia que acessa muito a minha unidade,** principalmente na medicação e na vacina. Então, às vezes, a minha vacina acaba porque Santa Luzia acessou o serviço. Isso é um dificultador” (G7)

“**Outro problema que eu tenho aqui é a divisa de território,** que é o mesmo problema de outras unidades, porque nós estamos aqui na divisa de Santa Luzia. Então eu tenho ruas aqui que o lado direito da rua é Belo Horizonte e o lado esquerdo é Santa Luzia. Então assim, o usuário chega aqui, como Santa Luzia está passando por uma situação muito crítica, então o usuário quer ser atendido em Belo Horizonte” (G6)

“Expectativa do Brasil melhorar, né? Porque o Brasil melhorando, melhora todo mundo, né? A gente tem muita esperança de que a vida das pessoas, não só da gente, né, mas a vida das pessoas melhore. Essa miséria que muitas pessoas vivem, né? A gente tem essa expectativa de melhorar. A expectativa da **construção de um Centro de Saúde para atender melhor e, também, para os funcionários terem uma condição de trabalho melhor**, porque não é fácil. **Você trabalhar numa área dessa já demanda muito da pessoa, já desgasta muito a pessoa e você vai trabalhar em um lugar que não está adequado?! Apesar de ser muito clean o ambiente, é muito quente, muito calor. A sala da pediatria, por exemplo, não tem janela. Aqui de tarde bate um sol. A médica tem que fechar janela. Então assim, não é um espaço adequado, né? É um espaço adaptado” (G8)**

“Então assim, a unidade de saúde, especialmente em Belo Horizonte, ela é extremamente complexa, né? Então, o gestor, ele tem que estar muito disponível, muito disposto, com muita energia de trabalhar o tempo inteiro, né? Você não pode reclamar da rotina, sabe? Você tem o tempo inteiro, uma imprevisibilidade, o tempo inteiro. Você não consegue sair de casa e programar o que você vai fazer no dia. Exatamente, hoje, nada do que eu programei fazer, eu consegui fazer, porque aparecem várias coisas durante o dia, que você tem que dar respostas na hora, às vezes daqui a pouco, às vezes amanhã e que não dá para deixar, né? Então, se você tem paciente chegando o tempo inteiro, tem profissional reclamando o tempo inteiro. **As nossas estruturas, principalmente aqui, é muito, muito ruim. Então a gente acaba tendo que resolver problemas internos e, também, estruturais. Não colabora para ter uma dinâmica confortável de trabalho [...] Não é qualquer um que dá conta de trabalhar com esse perfil de população, com as unidades precárias estruturalmente, com a demanda imensa.** Então assim, nesse pouco tempo que eu estou como gerente, eu tive a experiência de profissional com afastamento psiquiátrico, que para atender, começa a chorar, entra em pânico e vai embora [...] Teve algum momento, assim, de quando eu entrei que eu falei, assim: 'Nossa, que que eu fiz para poder tomar essa decisão', porque foi muito difícil, assim, né? **A gente chegar na unidade que tem muito problema, muito problema de estrutura, muito problema estrutural.** Teve momentos aqui na unidade que fiquei só eu mais a enfermeira, em um período que tinha gente de atestado, não tinha médico nenhum e depois chegou uma médica recém-formada. Então assim, a gente teve que dar muito suporte, muito suporte. Foi uma demanda muito grande. Então, você passa por várias fases aqui na unidade. É uma experiência das grandes [...] **Eu acho que o maior obstáculo aqui, que eu vejo hoje, na unidade, é tanto na questão do profissional, que eu passei por esse período difícil assim, mas também de estrutura que tem muito, muito ainda que ser feito.** Então assim, uma casa que é pequena, casa adaptada, a gente acaba tentando ter lugar para tudo, mas se você rodar, você vai perceber que tem cantinho para tudo, mas a população é muito grande. Eu tenho mais de 14 mil pessoas cadastradas, fora a área de invasão que chega gente todo dia [...] **Não tem assistente social.** Então assim, com a população são muitos os desafios né? Mas **um problema que eu vejo que interfere muito no atendimento, na dinâmica dos profissionais, a questão da estrutura está muito gritante** assim, sabe? [...] Porque, assim, você tem um corredor com pessoas que estão sentadas, joelho com joelho. Então, você tem 40 pessoas no acolhimento, 30 na outra, esperando no mesmo espaço do corredor para ser atendido. Então, as pessoas vão ficar mais estressadas. Se um está agitado, acabou, todo mundo vai ficar” (G5)

“Talvez o Centro de Saúde nosso, ele é plano, mas eu acho que **é preciso ter uma outra estrutura para o Centro, estrutura física**, sabe? Eu não tenho acesso ali, por exemplo, a rampa de entrada minha ela não é boa, por exemplo, se vier um paciente cadeirante, o paciente pode machucar, pode

cair, a cadeira de rodas pode empenar. Eu não tenho um estacionamento aqui que comporta todos os carros. Então acaba que eles estacionam no passeio e isso impede um pouco o acesso de uma cadeira de rodas. A gente só tem essa porta de entrada aqui e eu não tenho uma outra para recuar. A sala de observação minha, eu acho pequena, sabe? Então se acontecer alguma emergência, para tudo ali, que é onde faz a coleta, que faz tudo. Então, você para o atendimento. Então assim, **a estrutura física é um outro obstáculo também**. E não tem como ampliar, não tem como dá uma melhorada, porque não tem para onde ir [...] Igual, por exemplo, a recepção pequenininha que não dá nem para a gente colocar outro computador para tentar melhorar a consulta especializada [...] A sala da odontologia também, mesmo problema, a sala deles é pequena. A farmácia que fica dois funcionários, mas ela não comporta outro computador também, ela é pequenininha. Então, assim, eu acho que tinha que ter esse redimensionamento aqui de algumas salas, de alguns setores, sabe? E ter uma outra porta de entrada nessa casa, para o caso de acontecer alguma coisa, não só a da frente” (G4)

“Não é um trabalho fácil não, porque é muita demanda, a gente não tem pernas para atender e acolher todo mundo [...] Agora, o trabalho do gestor (pigarro) significa o seguinte: você administrar problemas. **Você administra problemas**. Então, os problemas variam, são variados, desde pequenos a grandes problemas [...] Aparece de todo tipo de de (gaguejo) problema, vai desde acesso de usuário até até (gaguejo) **problemas com maquinário, com falta de material**. Então a vivência nossa diária, basicamente, é **administrar esses problemas**, né?! A gente, na medida do possível, a gente tem o suporte do distrito, né?! A minha unidade, basicamente, **a estrutura física dela não é boa**, apesar de de (gaguejo) ter muitos consultórios, mas a gente está sempre tentando otimizar algum espaço para poder aproveitar” (G1)

Tais limitações também foram relatadas como dificuldades enfrentadas por enfermeiros na APS em estudo realizado por Gomes e Valente (2020) sobre competências gerenciais de enfermeiros no processo de trabalho em atenção básica de saúde. Os referidos autores afirmam que condições de trabalho adversas podem levar a situações de mal atendimento e até a ocorrência de erros, desdobrando-se em problemas de ordem objetiva e subjetiva para os trabalhadores como por exemplo ansiedade, exposição à riscos, sensação de incompletude do trabalho e desorganização.

Além disso, estudo realizado por Pires *et al.* (2019), já mencionado nesta discussão, afirma que déficits nas condições de trabalho são desafios geradores de aumento da carga de trabalho dos gestores na APS. Nessa investigação foram apontadas as seguintes situações que contribuem para precarizar o ambiente de trabalho: deficiência na composição da força de trabalho, fragilidade nas relações trabalhistas, alta rotatividade de trabalhadores, principalmente da classe médica, bem como falta de recursos materiais e financeiros. Segundo os mesmos autores tais circunstâncias provocam prejuízos para a qualidade e resolutividade da assistência

aos usuários, sendo nocivo para o bom funcionamento do serviço. Nesta perspectiva, é fundamental que os gestores da APS estejam atentos às políticas e aos novos modelos de atenção, mas que também não percam de vista os aspectos relacionados às condições de trabalho e gestão de pessoas.

Especificamente em relação a gestão dos recursos humanos os gerentes entrevistados apontaram situações de preconceito, despreparo e falta de identificação da equipe com o território vulnerável, como elementos que favorecem a alta rotatividade e são barreiras para a composição da força de trabalho no contexto de vulnerabilidade social. Nesse sentido, Giovanella *et al.* (2016) afirmam que existe maiores problemas de fixação de trabalhadores da saúde em zonas desfavorecidas, como é o caso do cenário do presente estudo. Ademais a estabilidade adquirida pelo serviço público também foi mencionada como maléfica para os serviços, levando a falta de comprometimento, conveniência e comodismo no desempenho das funções. Todas essas adversidades parecem influenciar negativamente no cotidiano do trabalho, comprometendo a continuidade e bom andamento das propostas da unidade, além de prejudicar o avanço e a efetividade das ações de saúde.

“Eu acho que do ponto de vista do gestor, **a gente trabalha muito com uma questão muito séria que é a questão de pessoal**, né? Nem sempre você vai ter as melhores pessoas ali na sua unidade do ponto de vista de técnica, né? Nem sempre você vai ter médico, enfermeiro, profissional a vontade. Essa semana entrou uma médica, eu tive um problema com uma vaga e desde fevereiro estava sem médico numa equipe. Então assim, é muito complicado. Você tem uma população, você tem que ficar o tempo inteiro correndo atrás de alternativa para não deixar a população desassistida, né? Também **tem isso da pessoa não querer estar aqui. Eu acho muito difícil você ter essa dificuldade com o profissional**, né? [...] Foi um período grande tentando ajustar essa questão de pessoal que não é fácil, né? Como eu já disse, aí você tem recém-formados, por exemplo, que vai demorar um tempo para poder pegar o ritmo, né? Acabou de formar, a pessoa vai estar insegura, não vai conseguir ainda, terá o tempo dela para poder pegar o ritmo [...] **Eu tenho tentado nas entrevistas, nas seleções que eu fiz, de trazer pessoas com perfil e que pensem melhor na pessoa que está sendo atendida**. 'Não é porque ela está no serviço público que ela deve ter mal atendida, não é porque ela chega com um milhão de necessidades e exigências que você tem que tratar ela mal'. Então, **esse perfil de bom atendimento, eu quero imprimir na unidade**, sabe? Independente da avaliação que os outros façam, eu acho isso importante. Eu acho, assim, faz parte do nosso trabalho aqui também. É o meu desejo, se eu vou conseguir, não sei” (G5)

“Hoje eu estou com uma equipe boa, mas já tive problema de a **pessoa estar no lugar errado**. Acho que para estar em um lugar desse, você tem que saber muito bem onde é que você está. Você tem que saber que você está indo para uma área de ocupação, em um Centro de Saúde que não é um Centro de Saúde ainda, porque não tem o espaço adequado. A população é uma população muito carente, que vai chegar para você tudo quanto é tipo de problema e que você não pode fechar a porta de jeito nenhum, entendeu?”



Então, o profissional que vem, eu faço questão. Todo mundo que vem para cá, que eu chamo, eu levo, eu levo lá em cima para olhar o que é ocupação, para ver, falo, sabe? 'Você vai enfrentar isso, você vai enfrentar aquilo outro'" (G8)

“Olha eu até nem coloco a questão do usuário, não. Igual eu falei para você, o principal obstáculo aqui é gestão de pessoas. **O principal obstáculo aqui é gestão de pessoas.** Melhorou com essa gestão eletrônica do ponto, que passou a registrar a frequência do ponto. Então, muito em vista dessa questão, dessas conveniências que existiam aqui, né?! Então, eu acho que precisa ser quebrado, **eu acho o serviço público muito paternalista, eu acho muito paternalista [...]** Como se diz, **o serviço público tem que dar esse passo, esse passo além e deixar de ser muito paternalista [...]** Então, eu acho que a gente ainda passa por essa questão do servidor público, **servidor é acomodado, servidor antigo da casa que já tem muita mania.** Eu já estou hoje, com as oportunidades que eu estou tendo de troca de servidores, o que eu procuro fazer: 'Então, não vai ser qualquer um que vai entrar aqui mais'. 'Ah, tenho tal profissional assim que quer ir ai para você', tá, então traz ele, vamos conversar com ele primeiro, não vai entrar assim [...]' Então, **eu estou procurando e tentando trazer gente mais motivadas, com ideias novas e que vão fazer o serviço andar.** Ainda tenho uns engasgos ainda, mas, como se diz, né: 'Vai ser é a médio, longo prazo' [...]' **Eu vejo, analiso muito a questão de carácter, postura profissional, ética, né?! 'O que esse profissional vai trazer para mim' [...]** Então, eu sou muito observador e tem, por outro lado também, tem a questão técnica que pesa também. Mas, principalmente, eu tenho, **eu tenho procurado profissionais mais sérios, mais engajados [...]** **A gente pega profissionais aqui dentro da unidade de saúde antigos que estão totalmente acomodados,** estão naquele lugarzinho, num mundinho. Você tenta levantar, dar opções para ele: 'Ah, vão fazer isso, vão fazer isso', mas não sai daquele lugar comum” (G1)

“É normal, **tem funcionário meu que fica como se você estivesse batendo papo aqui:** 'Ah está tudo bom'. Ah, mas está bom, eu não acho nada comum. Eu fico extremamente angustiada, sabe? Eu fico, assim, extremamente, 'Jesus amado, isso não é normal', sabe?” (G4)

“Mas à medida que o profissional que é concursado está nessa unidade, eu não posso falar assim: 'Não, eu quero agora que você seja transferido, que eu tenha aqui só médicos de família, só pessoas que queiram realmente trabalhar na atenção primária'. Então, **mesmo se for um profissional que dá problema, que é difícil, a gente tem que ajustar o processo,** né?! E fazendo enfrentamentos sem trocar o profissional. Esse, **eu acho que é um grande dificultador para o gestor,** esse desserviço. Porque em uma empresa privada, você desenvolve o objetivo do que você quer para instituição e quem não está dentro daquela linha sai e se agrega pessoas que queiram realmente desenvolver e nós não temos isso. **A gente tem um conjunto de pessoas que vieram, escolheram essa unidade para trabalhar e você tem que fazer com que esse conjunto de pessoas vire uma equipe.** Tem momentos que você consegue e tem momentos que você não consegue [...]' Alguns profissionais, por exemplo: eu **já tive médico que não deu conta de ficar aqui** e que tem medo, né? Funcionários, estagiários. **Já tive que levar estagiário em casa com medo de ficar aqui.** Eu não tenho medo” (G2)

Segundo Montenegro *et al.* (2016) o preconceito, observado nas práticas profissionais, muitas vezes estão relacionadas à incapacidade de os trabalhadores perceberem que sua visão preconcebida da realidade origina-se da sua própria dificuldade de lidar com determinadas situações. Ou seja, a falta de reflexão em

relação à prática pode culminar na geração de preconceitos, colocando os profissionais na posição de protegidos e não de protetores do outro. Tais dilemas éticos dificulta a adoção, por parte dos profissionais, de atitudes e comportamentos coerentes com o julgamento moral considerado correto, impedindo com que eles alcancem o seu potencial máximo de atuação sob a realidade na qual estão inseridos.

Ainda foi pontuado por G5 que a ocorrência de problemas éticos são inconvenientes sérios, mediados pelos gerentes no cotidiano da sua prática e que demandam deles imparcialidade e neutralidade para tomada de decisão de forma consistente e isenta, preservando a sua integridade e protegendo a justiça. Nesse sentido, os achados apontam para a necessidade de ser trabalhado com a equipe as competências éticas, uma vez que a convivência constante com problemas éticos-morais no cotidiano de trabalho em saúde além de gerar uma sensação de impotência por parte dos gerentes, por vezes também representará desrespeito e descaso na atenção aos usuários e nas relações profissionais.

“A gente teve que **trabalhar muito a questão ética dos servidores** [...] Não é um lugar fácil. Tem que ter muita sabedoria para lidar com o dia a dia. Mas acho que são duas coisas, assim, lidar com o paciente não é muito difícil para mim, sempre é o mais fácil. **Lidar com os profissionais, principalmente a questão ética dos profissionais, para mim é a mais difícil**, né? [...] falta de cuidado de profissionais com colegas e de contato com o paciente, às vezes. Entrar no prontuário, fuçar prontuário que não está sendo atendido, exclusivamente para saber da vida ou da doença, da situação de saúde de um outro colega ou de um paciente [...] **Então assim, pra mim isso é muito sério** [...] E aí a gente esbarra em outro problema que é a questão da nossa capacidade também de lidar com esses erros dentro da unidade, né? Até para comprovar, porque tudo isso é dito, né? Não necessariamente você consegue acompanhar cada um [...] Você não consegue, então, chega a você, aí chega de diversas formas, chega do colega e aí você tem que saber, com muito cuidado, filtrar isso para poder tomar as decisões, né? Sem ser injusto, para também se proteger, né, porque você fica muito vulnerável também” (G5)

Por fim, G3 também pontua que a gestão de recursos humanos envolve ter atenção e realizar o cuidado de sua equipe, numa perspectiva ampla que considere o momento de vida, particularidades e características individuais de cada profissional. Tal prática gerencial demonstra valorização e sem dúvida terá reflexos na fidelização e no bem-estar da equipe, sendo importante para a redução do turnover e para a prestação de uma assistência de qualidade, de acordo com a proposta de trabalho da UBS e coerente com os princípios do SUS.

“Um gestor da unidade básica de saúde ele tem um duplo dever né? Eu estou aqui para cuidar dessa comunidade e estou aqui pra **cuidar dessa equipe** também e fazer com que essa equipe consiga promover o cuidado dentro

daquilo que a prefeitura estabelece hoje, dentro dos protocolos municipais [...] Acho que o grande desafio nosso hoje enquanto gestor da unidade é fazer com que essa equipe tenha o mesmo cumprimento e entendimento da missão que o serviço tem. A gente entende que no centro de saúde nós temos uma missão a cumprir, ditada pelos princípios do SUS, ditada pela prefeitura, pelo que a PBH coloca de entendimento para o processo de trabalho dentro de uma Unidade Básica de Saúde. Acho que o maior desafio do gestor é conseguir que os nossos profissionais, que a equipe entenda essa missão e consiga também trabalhar para o mesmo objetivo. Acho que esse é o maior desafio enquanto gestora né? [...] A gente tem servidores que, às vezes estão passando por problemas sérios e isso não tem como não impactar na relação do dia a dia. Então **a gente tenta ter esse olhar também com o profissional, a gente acolhe esse profissional**. Em que situação esse profissional está vivendo para que a gente consiga dar um apoio e um suporte para que ele dê conta de dar um suporte para essa comunidade, para que ele tenha esse olhar diferenciado para essa comunidade” (G3)

A promoção da corresponsabilização também foi mencionada como uma competência gerencial relativa à gestão dos recursos e do cuidado. Apesar da centralidade do cuidado na figura do profissional e da unidade, Carnut (2017), aponta que o sucesso das ações profissionais também é determinado pela cooperação dos usuários, numa perspectiva que coloca o sujeito como protagonista do seu cuidado, reforçando a concepção da integralidade já prevista no arcabouço do SUS. Nesse sentido, G3 faz reflexões acerca do trabalho dos gerentes frente a busca pela corresponsabilização da comunidade e destaca o papel importante da equipe para modificar essa relação com a população.

**“A comunidade tem que entender o papel dela**. Hoje a gente tem os espaços do controle social, eu tenho reunião do conselho local de saúde que é esvaziada, mas que ocorre sim e são pessoas que tentam nos ajudar. Acho que **tem essa questão de uma formação dessa comunidade para que entenda que ela não tem que só receber**, então a gente escuta, lógico que tem exceção, mas muitos dos conflitos hoje é por usuário achar que quem é responsável pela saúde dele somos nós, a equipe. **Eu acredito que é uma corresponsabilidade** [...] Digo que a questão é histórica assim, de construção social, a própria forma que essa comunidade foi criada [...] Então é algo assim, que eu falo que é no dia a dia, da relação que a equipe constrói [...] Em todas as reuniões locais de saúde a gente trata disso, dessa **corresponsabilização da comunidade** e para algumas pessoas isso é muito efetivo, às vezes no primeiro contato, na primeira fala que você faz, a pessoa já consegue absorver aquilo, mas outras já não, até por questão da construção dessa pessoa” (G3)

Além disso, G1 faz críticas acerca do paternalismo do SUS e reflete sobre a necessidade de repensarmos algumas práticas, fomentando o uso consciente dos recursos do sistema e a corresponsabilização dos usuários por suas ações.

“A comunidade aqui, ela tem uma peculiaridade. Ela às vezes **exige muito, mas participa pouco** [...] A horta comunitária está crescendo, está lá, mas com a ajuda de ACS que trabalha lá; um ou outro morador que ajuda, e do pessoal que administra lá o centro comunitário. Agora para ir lá e pegar eles

vão (risadas). Você está entendendo? Para ir lá e pegar eles vão. Então, de certa forma também, eu acho, não sei... **Essa política de saúde nossa, ela está um pouco, não sei, errada.** O próprio SUS, **o próprio SUS, tenho pensado nisso, mas não tenho uma conclusão feita ainda não, uma conclusão formada, mas eu acho que o próprio SUS, porque, muitas vezes, a gente cobra uma corresponsabilização do usuário, a gente não dá a resposta disso, dessa corresponsabilização.** Te dou outro exemplo: a consulta especializada. Liga, a gente tem um trabalho danado de ligar para o usuário, falar assim: 'Oh sua consulta é tal dia, tal hora, vai, não deixa de ir. Se você não for, avisa com pelo menos 48 horas antes para a gente passar, porque a gente tem uma fila grande para poder passar essa consulta para outra pessoa'. Ele não vai, chega a ir 4, 5 dias depois, joga o papel para você: 'Me cadastra aí de novo'. Aí, aí é duro. Aí dá vontade de xingar, dá vontade sim, dá vontade sim. **Eu acho que esse paternalismo, de certa forma, tem que acabar um pouco no SUS.** Que eu acho que nós **somos paternalistas demais, pelo menos, nessa questão da corresponsabilidade,** porque eu acho que a gente tem uma população carente sim, que demanda muito, uma população doente, é doente. Se a gente olhar o espectro de doenças é enorme e doente mentalmente também. Mesmo assim, ainda temos esses tipos de problemas, deles estarem mal-acostumados. De estarem mal-acostumados. Então, não que eu esteja fechando a porta para eles, não. Mas, eu acho que de certa forma, isso poderia ser repensado" (G1)

Os gerentes entrevistados ainda defendem a formulação de ações que estejam alinhadas com a proposta da geração de empregos, fortalecendo a independência de renda, a educação, o esporte e a cultura como medidas capazes de transformar a realidade, produzindo novos sonhos e conquistas para a população em situação de vulnerabilidade.

"A gente tenta trabalhar outras questões, vamos ofertar um curso profissionalizante, tentar ampliar um pouco o leque para o mercado de trabalho. **Eu acredito muito que o melhor programa social que existe é o emprego,** mas não é algo que a gente consegue evoluir. Acho que a dificuldade é essa. É você dar conta de cuidar" (G3)

"Você observa nesse final do ano passado e início desse ano o tanto que aumentou de desempregado aqui. **No Centro de Saúde a gente está com mais pessoas chegando aqui pedindo se a gente não sabe se a pastoral não está fornecendo cesta básica, se a prefeitura não forneceu a cesta básica** [...] Observei que aumentou, não é que tinha diminuído, sempre teve, mas de um ano para cá aumentou muito a procura, assim, de gente pedindo roupa, se a gente não sabe local que doa, pedindo ajuda mesmo, sabe? Muita, muita mãe de família chegando, perguntando questão de estágio para ver se o menino entra no estágio da prefeitura. Como que faz, se deixa o currículo, porque está com o **filho formando, procurando emprego,** sabe?" (G4)

"Às vezes quando **a pessoa está em uma situação de muita vulnerabilidade social ela não sonha com outras coisas.** Eu até brinco assim que o trabalho que eu mais desejava fazer, e a gente já tentou algumas vezes na escola que a gente tem no território, é **promover que as crianças sonhem, né?** [...] 'Por que as pessoas sonham o que nessas áreas?' Ser o namorado do traficante, ser o dono da boca, né? **São poucos que têm o sonho de ter uma vida digna, de ter trabalho, de crescer.** 'O que que promove isso, né?' **Uma educação de qualidade, uma escola boa, ter**

**esporte, ter cultura, né? Ter uma menor desigualdade social, né?** Então assim, isso para o território é muito importante e aqui não tem" (G2)

Como expresso nos relatos, a construção social e histórica da comunidade parece influenciar na forma como ela se relaciona com os serviços de saúde. Por isso, o cuidado na atenção básica deve basear-se na autonomia dos usuários, compreendendo sua inserção em um contexto social e cultural. A esse respeito há que se considerar a interferência do assistencialismo na forma como os usuários interagem com os profissionais e com os recursos disponibilizados pelos serviços. Sabe-se que a cultura do assistencialismo está diretamente ligada à falta de alternativas e de oportunidades que impedem determinada sociedade de ter acesso aos bens e serviços de que necessitam, sendo imprescindível a formulação de políticas públicas que auxiliem na equiparação dos direitos sociais. No entanto, faz-se necessário o aprimoramento dos programas assistenciais do governo, buscando desenvolver propostas que atuem diretamente na raiz estrutural das desigualdades sociais, com vistas a criar oportunidades e a reduzir a dependência social das pessoas, favorecendo a autossuficiência e a emancipação da população em situação de vulnerabilidade. É preciso mudar a lógica de enfrentamento das questões sociais, por meio da substituição do assistencialismo por ações de superação das iniquidades sociais e de saúde que afetam as populações, visando amplificar a compreensão do processo-saúde e, conseqüentemente, a corresponsabilização dos cidadãos na busca pela saúde.

#### 5.1.2 Bens externos da prática profissional

No que diz respeito aos bens externos da prática, no presente estudo, eles foram expressos na forma de valorização, respeito e gratidão. Esses são os sentimentos capitados pelos gerentes, a partir das manifestações da população assistida, como pode ser observado nas falas a seguir.

"Hoje para mim é bom estar na Regional Norte pela proximidade da minha casa, dos meus meios sociais, mas hoje também é um lugar que eu permaneço porque é um lugar que **me sinto valorizada** [...] Então você vê que você atuou na vida de um paciente, fazendo a nossa obrigação, mas que ele dá conta de entender: 'Poxa, fizeram isso por mim'. A gente fez porque era nossa obrigação mesmo, mas a gente fez por amor, por cuidado mesmo. Então a gente vê que a pessoa dá conta de levar isso para a vida dela. Então o impacto para a sociedade, de oferecer um serviço de qualidade, é esse: **a comunidade valoriza**" (G3)

“Porque **eles valorizam o serviço da gente**, porque eles sabem que aqui que eles podem contar, né?! E a gente também tem esse olhar sem julgamento, porque a gente está aqui para cuidar” (G2)

No que tange à valorização, os gerentes parecem reconhecer que esse retorno é fruto da realização de uma prática livre de julgamentos e norteada pelo comprometimento, amor e dedicação à comunidade, em busca da excelência do cuidado. Já o sentimento de respeito vem acompanhado por um cenário de incertezas e dificuldades, bem como por um sentimento de satisfação frente à proposta de trabalho e ao contexto da prática.

“A Norte acho um distrito com um processo muito bacana com os gestores, mesmo com todas as dificuldades. Lógico, todas tem dificuldades, mas é um lugar que eu **me sinto respeitada**, é um lugar que eu gosto de trabalhar, gosto da turma, gosto da proposta de trabalho que a regional coloca” (G3)

“A gente lida aqui com o tráfico e tudo, eles mesmos, no centro de saúde, **eles respeitam**. Aqui, não tem problema de assalto. Às vezes, tem furto, extravio, como tem em qualquer lugar, mas não como acontece em algumas unidades. Nenhum médico nunca foi ameaçado por questão de violência” (G2)

A despeito das dificuldades e barreiras enfrentadas, a prática dos gerentes é sustentada e fortalecida por manifestações de agradecimento vindas da população e pelo sentimento de dever cumprido frente a constatação de que o trabalho que está sendo desempenhado faz a diferença para a comunidade. Problemas estruturais, carência de recursos materiais, desvalorização profissional e falta de reconhecimento e de apoio, parecem não abalar ou influenciar a satisfação e motivação dos gerentes. Apesar de saber que ainda temos um longo caminho a ser percorrido para se alcançar uma assistência igualitária, equânime e integral, respeitando-se os princípios do SUS, estamos no rumo certo para a transformação da realidade social e de saúde das populações em situação de vulnerabilidade. No presente estudo, foi possível constatar que os gerentes da APS, que atuam junto à população vulnerável, em detrimento dos desafios e dificuldades, realizam uma prática engajada, em busca de entregar o melhor trabalho e ofertar a melhor assistência à população.

“Você ver uma equipe dar conta de lidar com as questões de uma maneira afetiva, de usuário subir na minha sala e **agradecer** porque recebeu dois bons dias na sua unidade [...] Você vê a equipe toda se mobilizar, isso me motiva [...]. Ver a equipe se movimentando para fazer algo que vai além da sua obrigação, isso me motiva, pessoalmente me motiva [...] Perceber essa equipe cada vez mais unida [...] Isso me motiva, porque a equipe busca um cuidado melhor para essa comunidade, a gente vive uns dias de faltar um jelco para atender, de faltar gaze para atender e você vê a equipe se movimentando, muitos fazendo vaquinha e comprando material, isso me

motiva. Eu estou dentro de uma equipe que está tentando construir um SUS de qualidade [...] Eu tenho orgulho de trabalhar nessa equipe, pois é uma equipe que faz além. A gente tenta fazer nosso papel, nossa obrigação de servidor, mas é uma equipe que faz além. Então isso me dá expectativas muito boas futuras, de entender que essa equipe **dá conta de um cuidado efetivo. Uma expectativa de ver que meu trabalho, lógico que isso é a longo prazo, de formiguinha, ele surte efeito na nossa comunidade.** Eu realmente acredito que **isso é algo que me motiva**, me traz perspectivas de que a gente dá conta de promover um cuidado verdadeiro para essa comunidade um pouco frágil, mas que dá conta de caminhar diante de todas as questões, da falta de material, de reconhecimento e como que isso é impactante para os servidores, mas que eles dão conta, mesmo insatisfeitos com a questão salarial e de valorização, enquanto trabalhadores dão conta de continuar trabalhando e isso me dá expectativas e perspectivas. **Isso me agrada**” (G3)

**“São desafios e eu estou adorando esses desafios.** Porque eu conheço o território melhor, eu converso com o usuário, vejo a demanda que ele tem, o que eu posso ajudar. **A gente se sente gratificado de estar ajudando um território que é tão vulnerável** né? Regional Norte é a minha casa. Vivi a maior parte do tempo aqui e fui muito bem acolhida [...] Uma usuária veio hoje me agradecer, trouxe um presente. Então eu falei com ela: 'O meu presente é o **reconhecimento** de vocês do trabalho que eu estou realizando no território', porque presente, presente mesmo, é o que eu falei com ela: 'É você vir **me agradecer**'. **Então isso faz com que a gente queira cada vez mais qualificar o trabalho** que a gente faz no território, mas volto atrás colocando, eu ainda tenho muito o que aprender” (G6)

“E para essa população que realmente depende do SUS, **faz a gente gratificada, faz diferença na vida das pessoas.** Por mais que tenham os que brigam com a gente, reclama, fala mal, mas a maioria **reconhece** a importância do serviço. Aqui, eles veem, **agradecem**, entendeu?! Então, assim, **you sabe que you fez a diferença.** Hoje, eu estava no guichê ali embaixo e o moço falou assim: 'Ah, deu certo a marcação’. Quer dizer, eu nem lembro, entendeu?! Eles veem dar satisfação que conseguiram. Então, assim, você sente que you faz a diferença na vida daquelas pessoas. Assim como quando a gente não tem o resultado desejado, a gente fica com a sensação de não consegui fazer, né?! [...] O trabalho da atenção primária, ele está muito perto da população, a gente pode intervir muito” (G2)

Outro aspecto presente nas entrevistas diz respeito à felicidade e satisfação dos gerentes em desenvolver sua prática junto à população em situação de vulnerabilidade, levando-os a expressar a sua intenção de permanecerem neste lugar. Em diversas ocasiões podem ser identificadas falas que demonstram o prazer, admiração e carinho que esses profissionais sentem pela região. Neste sentido, evidencia-se que a prática profissional dos gerentes é construída tendo como base de sustentação o seu engajamento e comprometimento com a mudança da realidade e melhoria da assistência de um local que é apreciado e respeitado por eles.

“O trabalho do enfermeiro, ele é muito próximo disso, né? Muita coisa para fazer, muita demanda, muita gente procurando, paciente como referência, equipe como referência, ACS como referência. Então, é um pouco parecido, mas no caso da gerência, isso numa dimensão muito maior, né? Mas eu **estou bem satisfeita** com a escolha que eu fiz. Foi uma escolha muito

consciente. Eu escolhi vir para esta unidade, né? **Eu vim para esta unidade por uma escolha.** Até brinco que no dia que eu fui tomar posse, a pessoa que estava lá, disse assim: 'Você tem certeza de que você vai para essa unidade?', aí falei: 'Tenho, tenho certeza'. Eu conhecia a gerente aqui, que formou comigo, que eu sabia que era interessada e competente e aí eu resolvi vim para esta unidade e achei que foi uma **boa escolha**, embora esteja longe de casa, né? Mas eu tenho isso na minha formação, em mim, que é trabalhar também pelo social [...] E eu vejo também nessa experiência que eu tenho aqui, de uma população, de uma comunidade de profissionais com muita potencialidade, sabe? Aqui, muita gente quer trabalhar e **gosta de trabalhar com esse perfil de população** [...] Então, assim, **eu estou muito feliz.** Acho que foi muito difícil, não é uma decisão fácil, foi uma decisão muito difícil que eu tomei de escolher ir para a gerência [...] porque não é uma unidade fácil, mas **eu estou muito feliz**, assim, **de estar aqui para contribuir.** Eu acho que a gente quer fazer melhor e, às vezes, não consegue fazer, mas você tem que fazer o que dá conta, o possível, dar o seu melhor naquilo que é possível” (G5)

“Engraçado, **eu tenho carinho pela Norte.** Estava até conversando ontem: **eu gosto da Norte**, assim, como um todo. A minha família é daqui e eu morei aqui, né? Hoje, eu não moro, mas morei [...] E a minha vida toda se estruturou: mãe, sogra, todo mundo aqui. Eu escolhi voltar para Norte, na época, por conta da proximidade, nem estava pensando em casar e ter filho. Mas é por conta de morar [...] ficar mais próximo e tudo. Então, assim, a gente sabe das particularidades daqui, mas assim a equipe da Norte foi muito acolhedora. Então, eu, graças a Deus, eu não tenho o que reclamar. E não pretendo sair, você acredita? Eu falo assim: [...] **'Sair da Norte, não'**” (G4)

“**É um lugar que eu gosto muito.** Sempre atuei em Atenção Primária, em PSF, trabalhei um período em Sabará, fui chamada no concurso e vim para cá. Sempre trabalhei na Regional Norte e em PSF e aí o desafio da gerência apareceu em um momento que eu não esperava. Fiz a entrevista também sem muita expectativa e acabou que deu certo e é um lugar que eu gosto muito” (G3)

“**Eu gosto de trabalhar em área de risco,** eu gosto de população de rua, eu gosto de trabalhar em regiões vulneráveis né? Isso para mim não é um problema não. Acho que acrescenta muito né? Não vejo isso como dificuldade não [...] Eu gosto, assim, eu tenho um vínculo grande com os gestores do distrito. É uma coisa que faz eu ficar. Eu tenho vínculo com os trabalhadores aqui da minha unidade. **Eu tenho vínculo e eu gosto muito dos usuários da região,** usuários do conselho, que frequentam o conselho distrital e o conselho local. Já **tenho uma vinculação.** É uma região que eu já construí uma história [...] Então assim, eu **tenho admiração pela Regional Norte** e acho que aqui também tem muita coisa que acontece na Regional Norte né? Não sei, eu gosto” (G7)

“Não vamos dizer que eu nasci aqui, né? Mas eu vivi aqui desde os meus 3 anos de idade. Então, quando eu fiz o concurso, eu fiz o concurso para trabalhar na Regional Norte pela questão da proximidade da minha moradia, das condições. E hoje, assim, eu **tenho um carinho muito grande com a regional,** por isso, por essa memória afetiva de ter vivido aqui nessa regional e pelo histórico de trabalhos que eu tenho na saúde pública, foram todos iniciados aqui e vendo esse distrito sempre construindo em termos de unidade de saúde e de processos de trabalho, né?! Que o centro de saúde era o posto, né? Como as pessoas chamavam. Ele hoje virou uma unidade, onde que você não só oferta a consulta, mas toda uma gama de atividades assistenciais que promovem a saúde da população” (G2)



Tal condição de bem-estar, manifestada pelos gerentes, culmina em uma menor rotatividade e conseqüentemente permite contatos mais efetivos com a comunidade, promovendo maior conhecimento acerca de suas necessidades, bem como a continuidade dos projetos iniciados. Segundo Fernandes *et al.* (2019) a formação desse vínculo duradouro tem potencial de aumentar a resolutividade dos serviços, promovendo a responsabilização pelo cuidado, a humanização e a confiança entre usuários e profissionais, bem como favorecendo o aprendizado contínuo e a prática profissional. Sendo assim, tais achados vão ao encontro de um dos atributos essenciais da APS, definidos por Starfield (1992), que é a longitudinalidade ou continuidade do cuidado, o qual consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, sendo considerada característica central deste nível de atenção, com potencial de ampliar a qualidade dos serviços prestados pela APS (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; TASCA *et al.*, 2020).

Ao contrário do que foi encontrado nesta pesquisa, Pauferro (2018) aponta que a retenção de profissionais em regiões de alta vulnerabilidade é um problema persistente no Brasil. Isso porque, frequentemente o trabalho, nesse contexto, vem acompanhado de adversidades como: falta de materiais e recursos, problemas de estrutura, violência, sobrecarga de trabalho e falta de apoio dos outros níveis de atenção.

## **5.2 Particularidades no atendimento da população em situação de vulnerabilidade**

### **5.2.1 Caracterização da população em situação de vulnerabilidade na ótica dos gerentes**

Para fortalecer a análise foi criada essa subcategoria com o objetivo de apresentar os elementos que caracterizam e ilustram o cenário de atuação, por meio da representação da população vulnerável na perspectiva dos gerentes. Isso porque, para entender as particularidades das ações desenvolvidas com foco no atendimento à população vulnerável, é preciso conhecer, preliminarmente, o contexto de desenvolvimento do trabalho dos gerentes e sua representação sobre esse cenário. A esse respeito merecem destaque os achados relativos à violência, às disparidades sociais, financeiras, culturais e educacionais e às necessidades específicas desses usuários, dentre outros aspectos como evidenciado nas assertivas a seguir.

“**O que bate na nossa porta não são só questões de saúde.** Se fosse só questão de saúde talvez fosse fácil, mas não é fácil de se resolver. A gente vê que **as mazelas sociais gritam na nossa porta** e nós da saúde temos pouco a fazer naquilo que é muito específico do social. Então trabalhar em rede aqui é um desafio. Você conseguir evoluir em uma comunidade para que ela consiga alcançar um nível de saúde satisfatório diante de tantas **questões sociais que extrapolam nossa atuação.** É bem complicado [...] **A comunidade depende muito mais de você. É uma comunidade que vai te buscar muito mais [...]** São pessoas com um nível de entendimento mais baixo. **Tem um índice de analfabetismo muito grande aqui.** E eu tenho um dado que não é atualizado, que cerca de 40-50% da população, foi uma faculdade que fez esse estudo aqui, deve ter uns 8 anos, que cerca de 40% das pessoas que moravam aqui eram analfabetas funcional. Às vezes sabe ler, mas não entende e não consegue interpretar um texto. Então essa **questão da escolaridade ela é impactante** no entendimento da saúde, no entendimento de enxergar aquilo como doença. A **construção cultural também interfere** nisso, no entendimento da doença e ela depende da **carga histórica** que o paciente tem. Então o que eu acho mais difícil é isso. As pessoas já vêm com a **história de invasão** e a construção histórica social dessas pessoas vai impactar na relação delas conosco” (G3)

“A questão seria essa, mais da questão social [...] A **questão** mesmo **financeira** [...] **É muita gente passando fome mesmo, muita condição terrível de infraestrutura de residência**” (G6)

“**Criança** da ocupação **com os dentes todos estragados** [...] ou **crianças**, que chegam na sala de vacina, **que nunca vacinaram.** Isso ainda chega, principalmente na região da ocupação. O que marca a gente muito é gestação de adolescentes. Isso marca muito né? **Adolescentes grávidas**” (G7)

“Eu tenho uma **população micro que é de médio**, mas eu tenho uma **grande que é de muito elevado e a maioria é elevado.** Só que assim, mesmo a de médio, essa que eu falo que é médio, ela **tem uma demanda grande aqui.** **Procura muito a Unidade de Saúde** [...] A gente tem essas áreas de ocupação, são duas ocupações hoje que a gente tem. Mas mesmo na área que não é de ocupação, a gente tem **área muito vulnerável, muito. Muito complicada, sabe? Um quarteirão com 200 pessoas morando em becos. É difícil**” (G8)

“A Regional Norte, significa isso. Significa uma **população com muitas carências, muitas vulnerabilidades** [...] às vezes, você tem 50 no acolhimento. Então, assim, a unidade que é muito vulnerável tem disso também. As pessoas aqui, elas vêm e elas precisam de vir usar. **Elas são 100% SUS de fato, né?** [...] O nosso perfil é esse, sabe? **O tempo inteiro você vai lidar com tudo muito, né? Muita criança com problema de aprendizagem, muito criança e saúde mental, muito paciente com tuberculose, muito paciente com sífilis.** A gente tem tudo de ser vulnerável e tudo mesmo. E aí, vem **tudo com um percentual muito grande em tudo mesmo** e você tem que lidar com isso” (G5)

“A gente tem que fazer a promoção e a prevenção. Muitas vezes, a gente não consegue o sucesso que a gente quer por conta das **questões financeiras.** Você fala assim: 'Compre isso' ou então 'Você tem condição de comprar?'. Aqui, eu não posso nem falar [...] Você só sugere, né? 'Vamos tentar' [...] 'Vamos ver o que a gente pode fazer' [...] **Aqui eu não posso, não posso sugerir tudo [...]** **Aqui é elevado e muito elevado [...]** **Tem muito pouco de médio** [...] Então você imagina, elevado e muito elevado, o que que não tem?” (G4)

“Assim, a gente tem uns desafios diários, né?! A gente tem um desafio, principalmente numa área igual eu trabalho aqui de muita vulnerabilidade, de promover a saúde e enfrentar os **problemas sociais** que essas famílias trazem, que, normalmente, muitos deles, **impede o cuidado** ou estão doentes a partir, por causa dos problemas sociais que eles enfrentam. No caso **aqui tem a questão da violência, do tráfego, da carência mesmo**, né?! Da fragilidade das relações familiares, são coisas, são fatos que interferem muito na condição de saúde dessa população” (G2)

Diversos estudos que tratam do tema vulnerabilidade social apresentam descrições que corroboram com os elementos destacados pelos gerentes pesquisados, apontando riscos sociais de diversas ordens e fatores de vulnerabilidade como: baixa renda, fome, exposição à violência, problemas de submoradias, falta de saneamento básico, baixa escolarização, riscos ambientais, entre outros (LIMA, 2016; LIMA; GUIMARÃES, 2018).

Como evidenciado, o território vulnerável é representado pelos gerentes do estudo como um local carregado de desigualdades, com inúmeros demandas de ordem social, econômica, biológica, ambiental e cultural, que culminam na sobrecarga do serviço. Neste sentido, Pauferro (2018) destaca que a ocorrência de “doenças da pobreza” (infecto-contagiosas) coexistindo com doenças crônico-degenerativas, torna o processo de saúde-doença mais complexo, o que representa um fator dificultador para a melhoria das práticas assistências e gerenciais junto à população em situação de vulnerabilidade social.

A maior carga de doenças, somada às disparidades sociais, exige que os profissionais façam uso em sua prática, não somente da dimensão técnica do trabalho, mas também da dimensão ética e humana. Tal contexto requer, portanto, que gerentes e equipe desenvolvam um cuidado que vai além da mera execução de tarefas e da utilização de habilidades técnicas, para atingir àquilo que é íntimo, humano, benevolente e alicerçado em valores éticos e morais. Neste sentido G8 apresenta uma fala que valoriza o altruísmo, a bondade, a solidariedade, o amor e a humanidade como componentes importantes para a prática profissional junto aos mais vulneráveis.

“A carga que todos os trabalhadores têm, uma **carga de ajuda** mesmo, de estar sempre procurando ajudar a pessoa, como se estivesse ajudando **ao próximo**. Além do trabalho que a gente tem, que a gente sabe que a gente tem que cumprir, a gente tem esse diferencial por causa da alta vulnerabilidade aqui [...] Então, a diferença que tem aqui é essa de território, de população mesmo, de vida, de vida das pessoas [...] Então a pessoa que vem para cá tem que saber que não é chegar, igual tem unidade que você chega e tem um movimentinho e depois fica tranquilo. Aqui não é assim não [...] Então é saber que aqui você vai trabalhar e que **aqui você tem que ter**

**amor. Sem amor aqui, você pode embora. Se você não tiver amor pelo trabalho” (G8)**

No entanto, fico a pensar sobre os reflexos da sobrecarga e da complexidade que envolve desenvolver a prática profissional no contexto de vulnerabilidade. Mediante essas reflexões emergiu a categoria denominada:

### 5.2.2 Ambiguidades da prática dos gerentes junto à população vulnerável

Nessa subcategoria foram incluídos os achados referentes as implicações para os gerentes de sua atuação junto à população vulnerável, sendo apresentadas duas visões. De um lado os gerentes entrevistados destacaram que o desenvolvimento de sua prática em um cenário de adversidades, riscos, vulnerabilidades e de alta demanda de trabalho permite crescimento, aprendizagem e aquisição de conhecimentos. Por outro lado, deixaram evidente que tal contexto pode ser prejudicial, visto que o maior nível de responsabilidade, somado à essas particularidades, exige deles tanto fisicamente quanto emocionalmente, o que pode gerar sofrimento e repercussões para a sua vida e saúde.

“Eu acho que o impacto é que **você está sempre aprendendo e adquirindo conhecimento. É muito cuidado para a gente não adoecer. Então a gente tem que ter cuidado com o impacto que o ser gestor pode trazer para saúde da gente.** Então a gente tem que estar sempre atento a isso. Na minha vida, né? Na sociedade eu acho que esse lugar nosso é um lugar importante né? Porque **a gente é responsável por uma população** que se você perceber é quase que uma cidade pequena de interior. E, então, na hora que você pensa assim: ‘Que responsabilidade que eu tenho de ser gestora de uma cidade né?’, porque acaba sendo uma população de onze, doze mil pessoas ou mais, é uma cidade né? Você de uma certa forma, **você tem uma responsabilidade sobre a saúde dessa população” (G7)**

“Eu penso em ficar na Norte, porque **eles instigam a gente a estudar, a querer, a melhorar** [...] Mas o que me motiva a ficar aqui é isso. Eu acho que essa questão assim de **buscar estudar, melhorar, saber, crescer” (G4)**

“Quando eu entrei, o meu ex-gerente, que eu trabalhava no centro de saúde (Nome do Centro), ele falou assim: **‘Se você trabalhar na Norte, você trabalha em qualquer outro lugar,** qualquer outro centro de saúde de Belo Horizonte você trabalha [...] Por ser uma área, uma área vulnerável, né?! A gente tem os problemas que aparecem. Ultimamente, tem me chamado muita atenção com relação as chamadas do Conselho Tutelar, porque são demandas sociais, muitas vezes graves, né?! E, entra essa questão do Conselho Tutelar e a questão do tráfico também que é muito forte aqui na região. Então, não que eles interfiram no trabalho do posto. Acho que nunca teve isso aqui. E eu não lembro de ter algum problema aqui com, com o tráfico, pelo menos desde que eu entrei aqui, eu não tive, não sei pra trás, não sei falar pra trás. Mas **me assusta muita essa questão da vulnerabilidade social,** constituição de família. Isso, **isso me preocupa,** porque chega essas demandas de Conselho Tutelar e a gente vai neles lá, tentar descobrir, procurar alguma coisa para tentar passar informação. **A**

**gente fica assustado, fica realmente assustado com essas demandas.** Então, esse desafio, como se diz: 'Eu hoje estou em outro nível'. Como se diz: 'Eu estou procurando me levar de uma maneira mais leve, porque antes eu **ficava muito preocupado**' (G1)

**"Você se envolve.** Tem hora que não adianta você falar assim: 'Ah, eu tenho que ser refratária, porque não é minha posição e eu não tenho que atender', mas **você se envolve sim.** A gente tem até uma lista, né, dos pacientes que a gente tem mais contato, que a gente sabe que precisa mais [...] Quer dizer, **é todo um processo que você acaba se envolvendo.** Claro que a empatia, ela tem um certo limite, né? Você se coloca no lugar do outro, mas chega um ponto que **você tem que parar, porque senão você sofre, né? A sua intenção aqui não é sofrer.** É se colocar no lugar do outro para tentar ajudar da melhor maneira possível. Então, é isso! [...] **Na minha vida pessoal,** teve uma época que **estava atrapalhando um pouco,** porque começou a mexer muito comigo, principalmente, **eu estava tendo problema pessoal.** Marido, mãe, **chegava estressada, não queria conversar, chegava muito cansada, exausta,** porque **tem um lado físico que a gente não para,** porque antes era andar e subir escada o dia inteiro. Era uma parte em cima e outra embaixo. Mais a parte do **desgaste emocional** mesmo, da gente **chegar em casa muito exausto** e não ter força para fazer nada. Então, com o tempo, isso melhorou, né? A gente vai acostumando-se, aí você vai buscando alternativas. Hoje eu estou fazendo academia. Então eu deixo muito lá na academia, né? Descarrego" (G8)

"Às vezes, assim, eu acho que todas essas particularidades fazem parte do meu processo de trabalho. Eu acho que isso interfere na medida em que, às vezes, **você não consegue largar isso aqui e ir embora para casa,** entendeu? Às vezes, esse **problema vai para sua casa junto com você.** [...] Às vezes são **questões pesadas demais que você não consegue descartar elas aqui** [...] igual o caso dessa senhora, simplesmente se negar a tratar do problema, né, tão grave [...] realmente isso traz, **exige da gente um esforço diferenciado**" (G2)

"Na minha vida, foi muito diferente, **eu tirava férias, tirava uma folga, eu desligava. E aí, não acontece mais.** Você fica o tempo inteiro, você é responsável. Você fica ligado aqui, não tem muito jeito de resolver isso, é uma opção. Mas quando eu fiz a opção, eu fiz consciente, **sabia que a minha vida iria mudar em alguma medida,** né? Então assim, a medida foi essa. **Ficar atenta o tempo inteiro, ligada o tempo inteiro.** E isso, assim, é uma coisa que eu **achei bem diferente**" (G5)

A complexidade apresentada no cotidiano da APS, no contexto de vulnerabilidade social além de potencialmente afetar a qualidade da prática executada, também pode acarretar sofrimento e frustrações nos profissionais, em virtude da impotência diante de determinadas realidades que não conseguem transformar, sobre as quais eles possuem fraca governabilidade. Além disso, Pires *et al.* (2019) fazem referência as mudanças ocorridas no Brasil, com a incorporação da APS à PNAB, a qual amplia o escopo das ações do modelo da biomedicina, implicando em novas demandas e desafios para esse nível de atenção e exigindo dos gestores maior responsabilidade localmente. Nesse sentido, Pires *et al.* (2019) discutem que esse processo pode aumentar a carga de trabalho dos gestores,

desencadeando situações de sofrimento, devido aos conflitos existentes entre os modelos vigentes.

"Então, **o estresse da função**, às vezes, você tem que **trabalhar muito o seu emocional, respirar muito, tentar controlar e até tomar remédio para acalmar para você dar conta**, assim, para você não **sair todo dia frustrado porque você não deu conta de fazer todo o serviço que você tinha que fazer, né, porque você é interrompido o tempo todo com situações que não estavam no seu planejamento**, né? E aí, você fala: "Nossa, como é que eu vou resolver isso?" (G2)

"Eu acho que a gente também tem que **trabalhar**, nessas unidades, **muito as questões das frustrações**, né? **Você não vai conseguir fazer tudo, mas você pode fazer o melhor que você conseguir fazer**. Sempre trabalhei nessa perspectiva. Sempre, como enfermeira. Chega uma pessoa para poder 'Ah, quero ser atendida' e eu tenho condição de atender da melhor maneira, eu atendia da melhor maneira. **Nem sempre você consegue a resposta que ela quer ou que ela precisa**, né? Mas **o possível, dentro do seu possível, feito dentro da unidade que você tem, você consegue fazer [...]** É obstáculo... Eu acho que de serviço público, né, assim, no geral, **você tem pouco controle** do que é comprado, do que é do acesso. **Tem limitações** e essas limitações são diariamente um desafio. Eu já falei em relação ao perfil mesmo da população, do que ela deseja, da expectativa dela com a gente, **do que a gente tem condição de oferecer. É o tempo inteiro você lidando com frustrações tanto deles, quanto nossa**. Não é uma coisa muito simples" (G5)

### 5.2.3 Reconhecimento das particularidades da população em situação de vulnerabilidade versus o desenvolvimento de ações específicas que considerem tais singularidades

Apesar dos gerentes entrevistados admitirem que a população assistida apresenta particularidades, como evidenciado nos relatos e análises feitas até aqui, alguns deles não reconhecem o desenvolvimento de ações específicas, direcionadas para o atendimento da população em situação de vulnerabilidade.

"Olha, as ações que a gente tem no centro de saúde, na unidade, **não digo que estão direcionadas para a população de vulnerabilidade, mas como um todo**. A **gente tem os grupos**, né? Grupo de gestante. A gente tem alguns **grupos que são feitos junto com a equipe do NASF [...]**. A gente tem um atendimento diferenciado na questão da marcação de consulta. A gente tem uma agilidade nos exames. A gente não tem consulta para tão longe. A gente tenta otimizar e ter um maior cuidado, que são os pacientes que a assistente social mais que acompanha, mas **eu não tenho nada específico para a área vulnerável. A gente trabalha mais como um todo mesmo, né!?**" (G7)

"Então aqui, basicamente, **a nossa população toda é vulnerável. Então, o que a gente faz é pensando nessa população**, né? Igual, a gente começou, mais recente, comigo já, a gente **começou alguns grupos** que estão funcionando [...] Então a gente tem o grupo de Saúde Mental que foi criado para atender uma população com estados psiquiátricos, tanto adolescentes quanto adulto, tem dois grupos. E a gente criou recentemente um grupo de

roda de terapia que é com objetivo desses grupos que você não consegue nem encaminhar por não ter perfil para psiquiatria, né, para Saúde mental e não tem perfil, não consegue agendar, mas tem um sofrimento mental, para esse lugar de fala, né, de escuta. E está funcionando bem. **Está funcionando bem como uma forma de diminuir o fluxo, diminuir o volume dos atendimentos para atender essa população** [...] Essas são coisas que nós criamos para poder tentar diminuir, atender as pessoas, pois a gente tem um número muito grande de queixas, de atendimento e você não tem como atender isso em consulta aqui. Não tem profissional, não tem. E a gente acredita também que esse espaço é um **espaço terapêutico**, né? E aí, você cria esse espaço para isso, né? Então assim, a gente tem uns funcionamentos com essa visão” (G5)

“Assim, **específicas não** [...] A gente faz o que as outras unidades fazem. Por exemplo, chamar o pessoal do bolsa família para essas **ações de acompanhamento**. Igual essa semana, ontem, segunda, a gente chamou, às vezes não vem tanta gente assim para fazer a pesagem, avaliação [...] Então **a gente não faz coisas muito específicas** [...] É isso, às vezes você foca muito naquelas famílias de vulnerabilidade, pela fragilidade e, às vezes, a gente não consegue muita coisa. A gente tenta ter esse olhar diferenciado para essas famílias, acompanhando, tentando dar esse suporte. Mas assim, **aqui praticamente todo o território é de vulnerabilidade** (não entendi a palavra em 30:55). Então **a gente não faz uma coisa específica**, porque a demanda para essa questão social é muito grande. Então, quando a gente faz, **a gente faz para a população toda, assim, como um todo**” (G2)

Embora os relatos dos gerentes realcem a inexistência de ações específicas, eles também fazem menção à realização de algumas atividades, destacando-se, principalmente, a realização de grupos. No presente estudo, a realização dos grupos foi representada como mais uma alternativa para as práticas assistências, sendo em algumas situações utilizadas como estratégia para diminuir o fluxo e o volume de atendimentos. De igual maneira, Maffaccioli e Lopes (2011) encontraram resultados semelhantes para a experiência do trabalho de grupos na rede básica de saúde na cidade de Porto Alegre, apontando que o emprego dessa ferramenta se deu de forma banalizada, sendo possível visualizar a sua utilização como estratégia para responder à elevada demanda de atendimentos.

A despeito dos achados encontrados, é fundamental compreender em que conjuntura a estratégia de grupos surge, visualizando a sua relevância e importância enquanto ferramenta de cuidado. Com a implantação do PSF em 1994 surge novas práticas em saúde, com a ampliação do modelo biomédico que, até o momento, estava voltado apenas para intervenções curativistas. O processo saúde-doença passa então a incluir os determinantes sociais e os condicionantes ecológico-ambientais, indo além do entendimento exclusivamente biológico para abarcar o conceito ampliado de saúde. Assim, as intervenções em saúde ganham um novo panorama, onde apenas ofertar consultas, exames, procedimentos, medicamentos e

internação não são mais suficientes e ações de prevenção de doenças e agravos e de promoção de saúde são demandadas com foco na melhoria da qualidade de vida e de saúde das comunidades. É nesse contexto que surge os grupos na APS, como uma ferramenta capaz de auxiliar na abordagem integral do processo saúde-doença, por meio de uma escuta ampliada dos problemas de saúde, da troca de experiências e da educação em saúde (SAUER *et al.*, 2018). Ademais, Vincha, Santos e Cervato-Mancuso (2017) apontam que o trabalho de grupos é uma prática de educação em saúde e de cuidado coletivo à população cada vez mais frequente nos serviços de saúde. Portanto, faz-se necessário refletir sobre os grupos enquanto uma alternativa operacional capaz de estreitar as relações entre profissionais e usuários e de permitir a implementação da integralidade, consolidando esse princípio na prática.

Outro aspecto presente nas entrevistas diz respeito ao reconhecimento das minorias. Nesse sentido, G3 deixa evidente a inexistência de ações que contemplem o público negro ou LGBT, afirmando que às ações desenvolvidas na unidade são pensadas considerando às carências sociais de uma maneira geral. Considerando que esses grupos minoritários são reconhecidamente mais acometidos por desigualdades de ordem social, torna-se essencial pensar em ações que minimizem a histórica opressão e exclusão dessa parcela da população, visando a proteção social e a garantia de direitos desses grupos.

**“A equipe tem um olhar que é muito amplo, sem essa definição de minorias, dessas classificações [...] Nosso olhar aqui é muito para a vulnerabilidade social, aquilo que é o social, se é negro, se é branco, se é população LGBT. A gente não tem esse olhar diferenciado [...] Então eu não tenho nenhuma proposta. Se você for me perguntar para LGBT, população negra, eu não tenho proposta específicas para eles não. Eu tenho propostas para toda a comunidade. A equipe traz em si propostas para a comunidade, entendendo muito mais o fator social do que as questões de minoria, dessas classificações.” (G3)**

Em contrapartida, G6 parece reconhecer a importância de se pensar em ações que contemple os transgêneros, buscando oferecer um acolhimento adequado às necessidades de saúde desse público. Neste sentido, destaca-se a necessidade de a equipe estar preparada para exercer o cuidado ético e de qualidade, respeitando a diversidade sexual e de gênero e desenvolvendo as competências imprescindíveis para o atendimento da população trans de forma integral e livre de preconceitos.

**“Acho que a gente tem também que trabalhar melhor é a questão dos transgêneros. Eu não tive problema aqui, mas tem muitos, eu tenho pelo menos três aqui na minha área, entendeu? [...] Mas é uma coisa que a gente**



tem que estar implementando sempre, porque apesar de a gente está na área da saúde, aonde você é treinado para atender o público da forma que a instituição te coloca né, e que a sociedade coloca, a gente não consegue mandar na cabeça das pessoas [...] Às vezes o próprio funcionário tem uma certa resistência” (G6)

Em relação à prática profissional, G4 não identifica a influência do contexto de vulnerabilidade sobre sua prática, apesar de distinguir que o perfil da população vulnerável é diferente. Concomitantemente o relato revela também uma preocupação com a entrega de valor para a comunidade e destaca ainda a busca pela excelência da prática profissional.

**“Não é que a vulnerabilidade interfere na prática profissional. A gente sempre está buscando ver o que a gente pode melhorar.** Assim, você vai estudando, você vai buscando, sempre olhando para eles enquanto população e o que difere é só o perfil mesmo. Assim, se você for analisar dessa com outra UBS, é o perfil” (G4)

Tal fala, se analisada isoladamente, pode induzir a falsa interpretação de que há uma tendência dos gerentes de negligenciar ou de generalizar a sua prática, não considerando as situações de vulnerabilidade social. No entanto, quando aprofundamos na investigação, percebemos que os gerentes propõem e desenvolvem ações específicas com foco na ampliação do acesso e na melhoria da qualidade de vida e da assistência à população vulnerável, a exemplo da proposição de capacitações com a temática da violência, ações focadas no planejamento familiar e no desenvolvimento de crianças e adolescentes, parcerias com os aparelhos sociais do território, entre outras.

“A gente tem de tudo, né? Todos os estilos. A gente iniciou, ano passado também, junto com a rede, uma **capacitação de violência**. A gente está começando a capacitação com o funcionário. A gente já capacitou um tipo de violência, que é a violência infantil, porque a gente viu que isso aqui era uma coisa muito complicada. E para o funcionário lidar, né, com essas questões, ter um certo preparo, fazer notificação. Então, **a gente fez junto com a escola**, os funcionários aqui, a gente fez. A nossa próxima intenção agora é fazer da violência autoprovocada, que essa também tem crescido muito, né. Essa questão da violência. **Então a gente faz capacitações, visitas** [...] A gente tenta fazer, por exemplo. No meu ponto de vista, você não consegue fazer nenhum tipo de ação, evoluir em qualquer lugar se você não tem o **planejamento familiar**. Então assim, a gente **tem tentado muito trabalhar com planejamento**, muita mulher fazendo ligadura, a gente tem mandado muita, muita mulher. Fizemos já mutirão de DIU, de colocação de DIU, né? Então assim, a gente tem tentado trabalhar nessa questão da promoção mesmo, sabe? E mais cheio de projetos ainda, né?” (G8)

**“Na questão social é a horta**, que a gente vai desenvolver, **a questão de trazer para dentro da unidade, igual eu falei, que já é uma estrutura que já foi pactuada com o CRAS, de fazer os cadastros aqui, dos usuários da região** e a gente tem uma **ONG** aqui na região, **que trabalha com os**

**adolescentes, com meninos e meninas com um grupo de música e um grupo de dança**, que a gente já, também, já pactuou em um conselho local, da gente fazer um pente fino pelas equipes nas famílias mais vulneráveis e das faixas etárias que precisariam, porque já pactuaram de receber esses adolescentes, essas pessoas de 8 até 16 anos, 17 anos, para as **oficinas de dança e de música**, então da gente encaminhar, porque a **gente tem que trabalhar é o jovem, o adolescente, a criança** né, que é trabalhando com eles e **tirando essas pessoas da vulnerabilidade**, dando condição, porque se você ensina uma profissão você está tirando a possibilidade do envolvimento com o tráfico né, então você ensinar” (G6)

“A gente tem um espaço de uma **horta comunitária** que é, geralmente, é administrada pela nossa nutricionista. **A gente tem um centro comunitário aqui que cedeu espaço para a gente e nós vamos abrir a segunda horta comunitária** agora também, espaço de uma igreja aqui, já tem uma **oficina marcada**” (G1)

Por fim, com base no exposto até aqui, considera-se que qualquer que seja o cenário da prática gerencial, em especial no contexto de vulnerabilidade, é necessário um olhar diferenciado para as particularidades e necessidades individuais e coletivas, zelar pela escuta qualificada, assegurar o conhecimento da população e do território, estar atento e aberto às mudanças, trabalhar a inteligência emocional, pensar nas formas de diálogo, de comunicação e de atuação e no constante desenvolvimento profissional, com foco no aprimoramento contínuo das competências gerenciais. Neste sentido, entende-se que os gerentes possuem uma caixa de ferramentas, a qual ele abre buscando dentro dela os aparelhos e utensílios, que são seus conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais ele fará uso na realização de sua prática. A caixa de ferramentas não nasce completa, mas pode e deve ser construída ao longo do tempo, mediante interesse, vontade e recursos, sendo de suma importância para a condução e gestão efetiva do serviço, para a qualidade da assistência ofertada e, conseqüentemente, para a consolidação de uma prática de excelência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação foi motivada pela necessidade de se compreender a prática profissional dos gerentes da APS, em especial dos que atuam junto à população em situação de vulnerabilidade. Partiu-se do pressuposto que a atuação no contexto de vulnerabilidade social interfere e reconfigura os modos de ser e agir dos gerentes, influenciando em sua prática profissional e, conseqüentemente, na organização da atenção à saúde e na qualidade da assistência ofertada à população. A esse respeito, buscou-se identificar os gargalos na prática gerencial e na gestão dos serviços de saúde com foco no usuário, em suas demandas e em suas necessidades, buscando o alcance do bem interno. Considerando que o bem interno legitima e confere significado à prática profissional é fundamental que os gerentes da APS desempenhem suas atividades com compromisso e considerando os valores ético-morais e a mobilização de ações virtuosas para superar os desafios do cotidiano, especialmente no contexto de vulnerabilidade social.

Para tanto, a abordagem qualitativa possibilitou investigar a prática profissional e desvelar questões de natureza objetiva e subjetiva do trabalho na APS junto à população vulnerável, com enfoque para o alcance do bem interno da prática profissional dos gerentes e para a dinâmica das relações, tendo como pano de fundo as situações de vulnerabilidade da população, que se apresentam no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, os resultados apontaram que os gerentes pesquisados são atores fundamentais para a transformação da realidade no âmbito local, em virtude do seu protagonismo na organização do processo de trabalho nas UBS, na gestão dos recursos e do cuidado, bem como devido ao seu papel de liderança.

Os resultados da pesquisa apontaram que o contexto de vulnerabilidade social influencia e interfere na prática profissional dos gerentes, principalmente, considerando às adversidades sobre as quais essa população está exposta. Nesse quesito, destacaram-se as situações que restringem as opções de vida, influenciando nas práticas de saúde, bem como na maior exposição aos riscos para doenças e agravos à saúde, à menor participação social e à maior demanda por atendimento e recursos e serviços de saúde. Somado a isso, os achados apontaram a necessidade de se repensar o processo de trabalho dos gerentes, visto que questões administrativas e burocráticas preenchem a rotina de trabalho desses profissionais, tirando-lhes o foco daquilo que realmente importa para eles no desenvolvimento de

sua prática, a exemplo da formulação do planejamento estratégico e do estudo dos indicadores de desempenho da unidade. Tal cenário de maior demanda tanto administrativas e burocráticas, quanto da população gera uma sobrecarga de trabalho e impacta no planejamento estratégico e gerencial, desviando a atenção e o foco dos gerentes de suas reais atribuições, voltadas para a melhoria contínua dos processos, da qualidade de vida e da assistência à comunidade.

Apesar dos inúmeros desafios e dificuldades vivenciados no cotidiano de trabalho, no presente estudo, a prática dos gerentes foi sustentada e fortalecida por sentimentos de valorização, respeito e gratidão vindos da população, bem como pela sensação de dever cumprido experimentada pelos gerentes, em face à constatação de que o trabalho que eles desempenham faz a diferença para a comunidade. Ademais, a felicidade e satisfação também foram evidenciados como produtos do alcance do bem interno da prática. Esses foram, portanto, os bens externos da prática que se destacaram nessa pesquisa.

Como limitação deste trabalho, ressalta-se a inexistência de uma outra fonte de evidência que, juntamente com a entrevista individual, possibilitaria uma análise mais aprofundada dos dados, contribuindo para a discussão e ampliação das análises sobre as práticas dos gerentes que atuam em situação de vulnerabilidade.

Com base no exposto pode-se concluir que tal investigação ofereceu subsídios teóricos e científicos capazes de fomentar a reflexão em relação à prática profissional dos gerentes da APS, no contexto de vulnerabilidade social, com vista a alcançar a integralidade do cuidado e uma assistência igualitária e universal, alicerçada na lógica do SUS e em seus princípios fundamentais. Considerando que a presente pesquisa, desenvolveu-se em um cenário específico e delimitado, torna-se importante a realização de novos estudo sobre essa temática, visando consolidar o conhecimento, ampliar as discussões e suscitar a reflexão de novas configurações da prática gerencial com foco no aprimoramento contínuo e na transformação da realidade, especialmente no contexto de vulnerabilidade social.

## REFERÊNCIAS

- AMARO CANO, M. C. Ética social, profesional, profesoral y de la ciencia. **Medisur**, v. 13, n. 6, p. 714-721, 2015.
- ARAUJO, I. M. M. D.; PEREIRA, Â. M. Vitória de Pirro: A reforma sanitária brasileira na década de 1980. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 19, n. 2, p. 05-22, 2017.
- 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. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p.121-144.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.
- BARROS, D. F. *et al.* Liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2021.
- BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 30, p. 187-199, 2008.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Índice de Vulnerabilidade da Saúde - 2012**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice\\_vulnerabilidade2012.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/indice_vulnerabilidade2012.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **Plano Municipal de Saúde - 2018 a 2021**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/PMS%202018-2021%20aprovado.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização em Saúde – a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>>. Acesso em: 09 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Gestão participativa e cogestão**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_co\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 160 p. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_na\\_sf.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_na_sf.pdf)>. Acesso: 04 fev. 2020.

BRASIL. Dulce Helena Chiaverini. Ministério da Saúde (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudental.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2012b. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 32 p. Disponível em: <[https://www.redehumanizadas.us.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/2016\\_0058\\_m.pdf](https://www.redehumanizadas.us.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/2016_0058_m.pdf)>. Acesso em 10 de nov. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da União, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 04 fev. 2020.

BRITO, M. J. M. *et al.* Mulheres na gestão hospitalar: significando o trabalho gerencial em um hospital público. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1428-1445, 2015.

CAÇADOR, B. S. *et al.* Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015.

CAMELO, S. H. H. *et al.* Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, v. 22, n. 1, p. 75-86, 2016.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

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, n. e1070, p. 1-9, 2017.

CARAM, C. S. **Processo de sofrimento moral de enfermeiros: desafios éticos na prática profissional no contexto hospitalar**. 2018. 137f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CARDOSO, H. M. *et al.* Percepção do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde frente a atribuição de gestor da unidade. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 8, n. 2, p. 3-17, 2019.

- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, 2017.
- CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- COATTO, A.; TRALDI, M. C. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 52, p. 180-186, 2011.
- COÊLHO, D. B.; CAVALCANTE, P.; TURGEON, M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 58, p. 145-165, 2016.
- CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.
- DRACHLER, M. L. *et al.* Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, 2014.
- FARÃO, E. M. D.; PENNA, C. M. M. A (in) visibilidade das necessidades de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, p. 1-9, 2019.
- FATEMI, F. *et al.* Social vulnerability indicators in disasters: Findings from a systematic review. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, v. 22, p. 219-227, 2017.
- FERNANDES, J. C. *et al.* Competências necessárias ao gestor de Unidade de Saúde da Família: um recorte da prática do enfermeiro. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 22-35, 2019.
- FERREIRA, J.; CUNHA, C. L. F.; BASTOS, L. L. O campo científico da saúde coletiva: apontamentos para o debate para a formação da pós-graduação stricto-sensu. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1254-1266, 2015.
- FLORÊNCIO, R. S. **Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual**. 2018. 166f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2018.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- GALLO, D. Desenvolvimento sustentável e qualidade de vida: reflexões sobre vulnerabilidade e resiliência urbana. **Periódico Eletrônico Fórum Ambiental da Alta Paulista**, v. 13, n. 2, p. 44-56, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016.

GOMES, T. L. V.; VALENTE, G. S. C. Competências gerenciais do enfermeiro no processo de trabalho em atenção básica de saúde. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-18, 2020.

HENRIQUE, F.; ARTMANN, E.; LIMA, J. C. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 36-47, 2019.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 jan. 2021.

JOSGRILBERG, F. B. **Cotidiano e invenção: os espaços de Michel de Certeau**. São Paulo: Escrituras Editora, 2005.

LEITE, R. P. A inversão do cotidiano: práticas sociais e rupturas na vida urbana contemporânea. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 737-756, 2010.

LIMA, F. A. **Territórios de vulnerabilidade social: construção metodológica e aplicação em Uberlândia-MG**. 2016. 148f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

LIMA, F. A.; GUIMARÃES, R. B. Identificação de territórios de vulnerabilidade social em Londrina-PR. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 30, p. 41-52, 2018.

LIMA, K. M. O. C. **Os sentidos do trabalho para gerentes que atuam em Unidades Básicas de Saúde com alto índice de vulnerabilidade**. 2019. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

LIMA, S. C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. *In*: Remoaldo, P.; Nogueira, H. (Coord.). **Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde**. Lisboa: Edições Colibri, 2013, p. 31-46.

LISBÔA, L. C.; GIRIANELLI, V. R.; VASCONCELLOS, L. C. F. Características e demandas da população em situação de vulnerabilidade social acompanhadas em Belford Roxo (RJ). **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 438-450, 2020.

MACINTYRE, A. **After Virtue**. Indiana: Notre Dame Press, 2007.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 973-982, 2011.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. **Aids in the World II**. New York: Oxford University Press, 1996.

MARINHO, A. S. **Competências Gerenciais na Atenção Primária: Avaliação das Habilidades Sociais de Enfermeiras Gestoras em Equipes de Saúde da Família**.



2018. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2018.

MAURÍCIO, L. F. S. *et al.* Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. e2854, p. 1-7, 2017.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 478-490, 2020.

MEDEIROS, R. H. A. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015.

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. e151, p. 1-5, 2018.

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

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MONTENEGRO, L. C. *et al.* Problemas éticos na prática de profissionais de saúde em um hospital escola. **Avances en Enfermería**, v. 34, n. 3, p. 226-235, 2016.

MOREIRA, D. A. *et al.* Prática profissional do enfermeiro e influências sobre a sensibilidade moral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. 1-6, 2020.

NAKAMURA, E. *et al.* O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 253-258, 2009.

NALOM, D. M. F. *et al.* Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1699-1708, 2019.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 2, p. 157-172, 2006.

NG'ANG'A, N.; BYRNE, M. W. Professional practice models for nurses in low-income countries: an integrative review. **BMC Nursing**, v. 14, n. 44, p. 1-15, 2015.

NUNES, L. O. *et al.* Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. e175, p. 1-9, 2018.

OHIRA, R. H. F.; JUNIOR, L. C.; NUNES, E. F. P. A. Perfil dos gerentes de Atenção Primária à Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 393-400, 2014.

OMS. **Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários**. Alma-Ata: Organização Mundial da Saúde, 1978.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PAUFERRO, A. L. M. **Vulnerabilidade social e qualidade da atenção básica dos municípios brasileiros**. 2018. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

PAULA, V. G. *et al.* Acolhimento: um olhar inclusivo da Política Nacional de Humanização como estratégia de inclusão social. **Educação: Saberes e Práticas**, v. 7, n. 1, 2018.

PBH. **Prefeitura de Belo Horizonte**, 2021. Portal da Prefeitura de Belo Horizonte. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

PERUZZO, H. E. *et al.* Competências gerenciais essenciais de enfermeiros: ações e interações no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. 1-10, 2020.

PINTO, A. G. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

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. 970-977, 2017.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PIRES, D. E. P. *et al.* Gestão na atenção primária: implicações nas cargas de trabalho de gestores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. 1-13, 2019.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION. **Living with Risk: A global review of disaster reduction initiatives**. Geneva: United Nations, 2004.

REZENDE, L. C. *et al.* Prática do enfermeiro em comunidades quilombolas: interface entre competência cultural e política. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. 1-9, 2020.

RIBEIRO, O. M. P. L.; MARTINS, M. M. F. P. S.; TRONCHIN, D. M. R. Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIV, n. 10, p. 125-133, 2016.

SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 694-706, 2017.

- SAUER, A. B. *et al.* **Trabalho com grupos na Atenção Básica à Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2018.
- SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.
- SCHUMANN, L. R. M. A.; MOURA, L. B. A. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2105-2120, 2015.
- SCOTT, J. B. *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 2, p. 600-615, 2018.
- SILVA, A. F.; LIMA, S. C.; LIMA, F. A. Análise multinível e diagnóstico de situação de saúde para avaliação de risco e vulnerabilidade social. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 114-120, 2018.
- SILVA, B. P. *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2899-2906, 2016.
- SILVA, H.; AMARAL, P. V.; SIMÕES, R. F. Vários Horizontes: Infraestrutura, Habitação e Regionalização na Capital Mineira. **Revista Brasileira de Estudos Regionais e Urbanos**, v. 6, n. 2, p. 66-90, 2012.
- SILVA, L. M. M. R. **Serviço Social e Família: a legitimação de uma ideologia**. São Paulo: Editora Cortez, 1987.
- SOUSA, F. *et al.* Vulnerabilidade social em contextos de riscos naturais: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades - Cidadania, Diversidade e Bem Estar**, v. 4, n. 2, p. 486-509, 2020.
- STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.
- TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, n. e4, p. 1-8, 2020.
- TONIN, C. F.; BARBOSA, T. M. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 50-68, 2018.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013.
- VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 949-962, 2017.
- WHO. World Health Organization. **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice**. Geneva, 2010. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf;jses](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jses)>. Acesso em: 25 nov. 2020.
- WILSON, J. Q.; KELLING, G. L. Broken Windows: The police and neighborhood safety. **The Atlantic**, v. 249, n. 3, p. 29-38, 1982.

XAVIER, A.; MIOTO, R. C. T. Reflexões Sobre a Prática Profissional do Assistente Social: relação teoria-prática, historicidade e materialização cotidiana. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 355-365, 2014.

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS GERENTES
ENTREVISTA nº: _____ Data: ____/____/____.
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: _____ anos.
Qual a raça/cor que você se autodeclara?
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo.
Filhos: ( ) Sim ( ) Não. 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 específica vivenciada 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 B

## EXEMPLO DO PROCESSO DE CATEGORIZAÇÃO

CATEGORIA	Prática do gerente na Atenção Primária no contexto de vulnerabilidade			
SUBCATEGORIA	Bens externos da prática profissional			
CÓDIGOS	VALORIZAÇÃO	RESPEITO	GRATIDÃO	SATISFAÇÃO/FELICIDADE
SIGNIFICADO	Ação de valorizar, de aumentar o valor, o preço de algo. Engrandecimento de algo ou de alguém. Aumento da importância atribuída.	Ação ou efeito de respeitar, apreço, consideração, deferência.	Reconhecimento de uma pessoa por alguém que lhe prestou um benefício, um auxílio, um favor etc. Agradecimento.	Sentir-se bem. Estado de feliz.
FALAS DOS ENTREVISTADOS	"Hoje para mim é bom estar na Regional Norte pela proximidade da minha casa, dos meus meios sociais, mas hoje também é um lugar que eu permaneço porque é um lugar que <b>me sinto valorizada</b> [...] Então você vê que você atuou na vida de um paciente, fazendo a nossa a obrigação, mas que ele dá conta de entender. 'Poxa, fizeram isso por mim'. A gente fez porque era nossa obrigação mesmo, mas a gente fez por amor, por cuidado mesmo. Então a gente vê que a pessoa dá conta de levar isso para a vida dela. Então o impacto para a sociedade, de oferecer um serviço de qualidade, é esse: <b>a comunidade valoriza</b> " (G3)	"A Norte acho um distrito com um processo muito bacana com os gestores, mesmo com todas as dificuldades. Lógico, todas tem dificuldades, mas é um lugar que eu <b>me sinto respeitada</b> , é um lugar que eu gosto de trabalhar, gosto da turma, gosto da proposta de trabalho que a regional coloca" (G3)	"Você ver uma equipe dar conta de lidar com as questões de uma maneira afetiva, de usuário subir na minha sala e <b>agradecer</b> porque recebeu dois bons dias na sua unidade [...] Você vê a equipe toda se mobilizar, isso me motiva [...] Ver a equipe se movimentando para fazer algo que vai além da sua obrigação, isso me motiva, pessoalmente me motiva [...] Perceber essa equipe cada vez mais unida [...] Isso me motiva, porque a equipe busca um cuidado melhor para essa comunidade, a gente vive uns dias de faltar um jeico para atender, de faltar gaze para atender e você vê a equipe se movimentando, muitos fazendo vaquinha e comprando material, isso me motiva. Eu estou dentro de uma equipe que está tentando construir um SUS de qualidade [...] Eu tenho orgulho de trabalhar nessa equipe, pois é uma equipe que faz além. A gente tenta fazer nosso papel, nossa obrigação de servidor, mas é uma equipe que faz além. Então isso me dá expectativas muito boas futuras, de entender que essa equipe dá conta de um cuidado efetivo. <b>Uma expectativa de ver que meu trabalho, lógico que isso é a longo prazo, de formiguinha, ele surte efeito na nossa comunidade</b> . Eu realmente acredito que <b>isso é algo que me motiva</b> , me traz perspectivas de que a gente dá conta de promover um cuidado verdadeiro para essa comunidade um pouco frágil, mas que dá conta de caminhar diante de todas as questões, da falta de material, de reconhecimento e como que isso é impactante para os servidores, mas que eles dão conta, mesmo insatisfeitos com a questão salarial e de valorização, enquanto trabalhadores dão conta de continuar trabalhando e isso me dá expectativas e perspectivas. <b>Isso me agrada</b> " (G3)	"O trabalho do enfermeiro, ele é muito próximo disso, né? Muita coisa para fazer, muita demanda, muita gente procurando, paciente como referência, equipe como referência, ACS como referência. Então, é um pouco parecido, mas no caso da gerência, isso numa dimensão muito maior, né? Mas eu <b>estou bem satisfeita</b> com a escolha que eu fiz. Foi uma escolha muito consciente. Eu escolhi vir para esta unidade, né? <b>Eu vim para esta unidade por uma escolha</b> . Até brinco que no dia que eu fui tomar posse, a pessoa que estava lá, disse assim: 'Você tem certeza de que você vai para essa unidade?', aí falei: 'Tenho, tenho certeza'. Eu conhecia a gerente aqui, que formou comigo, que eu sabia que era interessada e competente e aí eu resolvi vim para esta unidade e achei que foi uma <b>boa escolha</b> , embora esteja longe de casa, né? Mas eu tenho isso na minha formação, em mim, que é trabalhar também pelo social [...] E eu vejo também nessa experiência que eu tenho aqui, de uma população, de uma comunidade de profissionais com muita potencialidade, sabe? Aqui, muita gente quer trabalhar e <b>gosta de trabalhar com esse perfil de população</b> [...] Então, assim, <b>eu estou muito feliz</b> . Acho que foi muito difícil, não é uma decisão fácil, foi uma decisão muito difícil que eu tomei de escolher ir para a gerência [...] porque não é uma unidade fácil, mas <b>eu estou muito feliz</b> , assim, <b>de estar aqui para contribuir</b> . Eu acho que a gente quer fazer melhor e, às vezes, não consegue fazer, mas você tem que fazer o que dá conta, o possível, dar o seu melhor naquilo que é possível" (G5)
	"Porque eles valorizam o serviço da gente, porque eles sabem que aqui que eles podem contar, né?! E a gente também tem esse olhar sem julgamento, porque a gente está aqui para cuidar" (G2)	"A gente lida aqui com o tráfico e tudo, eles mesmos, no centro de saúde, <b>eles respeitam</b> . Aqui, não tem problema de assalto. Às vezes, tem furto, extravio, como tem em qualquer lugar, mas não como acontece em algumas unidades. Nenhum médico nunca foi ameaçado por questão de violência" (G2)	" <b>São desafios e eu estou adorando esses desafios</b> . Porque eu conheço o território melhor, eu converso com o usuário, vejo a demanda que ele tem, o que eu posso ajudar. <b>A gente se sente gratificado de estar ajudando um território que é tão vulnerável</b> né? Regional Norte é a minha casa. Vivi a maior parte do tempo aqui e fui muito bem acolhida [...] Uma usuária veio hoje me agradecer, trouxe um presente. Então eu falei com ela: 'O meu presente é o reconhecimento de vocês do trabalho que eu estou realizando no território', porque presente, presente mesmo, é o que eu falei com ela: 'É você vir me agradecer'. <b>Então isso faz com que a gente queira cada vez mais qualificar o trabalho que a gente faz no território</b> , mas volto atrás colocando, eu ainda tenho muito o que aprender" (G6)	"Engraçado, <b>eu tenho carinho pela Norte</b> . Estava até conversando ontem: <b>eu gosto da Norte</b> , assim, como um todo. A minha família é daqui e eu morei aqui, né? Hoje, eu não moro, mas morei [...] E a minha vida toda se estruturou: mãe, sogra, todo mundo aqui. Eu escolhi voltar para Norte, na época, por conta da proximidade, nem estava pensando em casar e ter filho. Mas é por conta de morar [...] ficar mais próximo e tudo. Então, assim, a gente sabe das particularidades daqui, mas assim a equipe da Norte foi muito acolhedora. Então, eu, graças a Deus, eu não tenho o que reclamar. E não pretendo sair, você acredita? Eu falo assim: [...] <b>'Sair da Norte, não'</b> " (G4)
			"E para essa população que realmente depende do SUS, <b>faz a gente gratificada, faz diferença na vida das pessoas</b> . Por mais que tenham os que brigam com a gente, reclama, fala mal, mas a maioria reconhece a importância do serviço. Aqui, eles veem, <b>agradecem</b> , entendeu?! Então, assim, <b>you sabe que você fez a diferença</b> . Hoje, eu estava no guichê ali embaixo e o moço falou assim: 'Ah, deu certo a marcação'. Quer dizer, eu nem lembro, entendeu?! Eles veem dar satisfação que conseguiram. Então, assim, <b>you sente que você faz a diferença na vida daquelas pessoas</b> . Assim como quando a gente não tem o resultado desejado, a gente fica com a sensação de não conseguir fazer, né?! [...] O trabalho da atenção primária, <b>ele está muito perto da população, a gente pode intervir muito</b> " (G2)	"É um lugar que eu gosto muito. Sempre atuei em Atenção Primária, em PSF, trabalhei um período em Sabará, fui chamada no concurso e vim para cá. Sempre trabalhei na Regional Norte e em PSF e aí o desafio da gerência apareceu em um momento que eu não esperava. Fiz a entrevista também sem muita expectativa e acabou que deu certo e é um lugar que eu gosto muito" (G3)
				" <b>Eu gosto de trabalhar em área de risco</b> , eu gosto de população de rua, eu gosto de trabalhar em regiões vulneráveis né? Isso para mim não é um problema não. Acho que acrescenta muito né? Não vejo isso como dificuldade não [...] Eu gosto, assim, eu tenho um vínculo grande com os gestores do distrito. É uma coisa que faz eu ficar. Eu tenho vínculo com os trabalhadores aqui da minha unidade. <b>Eu tenho vínculo e eu gosto muito dos usuários da região</b> , usuários do conselho, que frequentam o conselho distrital e o conselho local. Já <b>tenho uma vinculação</b> . É uma região que eu já construí uma história [...] Então assim, <b>eu tenho admiração pela Regional Norte</b> e acho que aqui também tem muita coisa que acontece na Regional Norte né? Não sei, eu gosto" (G7)
				"Não vamos dizer que eu nasci aqui, né? Mas eu vivi aqui desde os meus 3 anos de idade. Então, quando eu fiz o concurso, eu fiz o concurso para trabalhar na Regional Norte pela questão da proximidade da minha moradia, das condições. E hoje, assim, eu <b>tenho um carinho muito grande com a regional</b> , por isso, por essa memória afetiva de ter vivido aqui nessa regional e pelo histórico de trabalhos que eu tenho na saúde pública, foram todos iniciados aqui e vendo esse distrito sempre construindo em termos de unidade de saúde e de processos de trabalho, né?! Que o centro de saúde era o posto, né? Como as pessoas chamavam. Ele hoje virou uma unidade, onde que você não só oferta a consulta, <b>mas toda uma gama de atividades assistenciais que promovem a saúde da população</b> " (G2)

## APÊNDICE C

### 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, responsável 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 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:

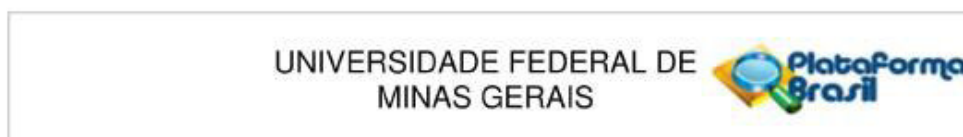
**COEP - Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627 –Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: coep@prpq.ufmg.br  
Telefax: (31) 3409-4592. **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo 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

## ANEXOS

### ANEXO A

### APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG



#### 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 é composto por três Subprojetos individuais porém 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



Continuação do Parecer: 2.285.857

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.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª 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

**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".

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª 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

Continuação do Parecer: 2.285.857

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 é 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 é 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 íntegra".

Entretanto não é mencionado no item "Plano de coleta e análise dos dados" na seção de Metodologia, o tempo de armazenamento das entrevistas, após as etapas de análise 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.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª 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 2ª Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

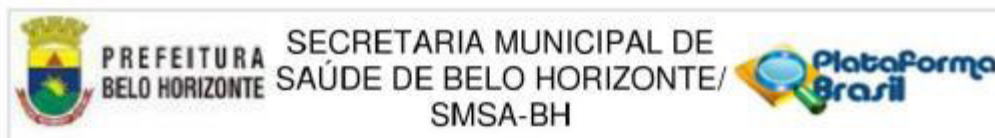
**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO B****APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE****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

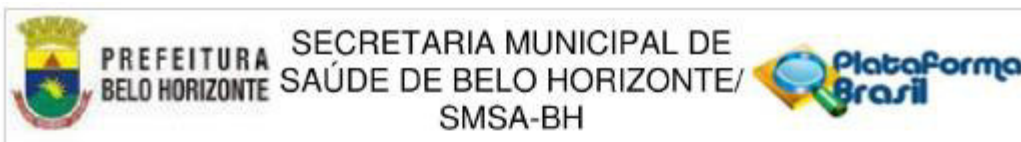
**Apresentação do Projeto:**

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



Continuação do Parecer: 2.495.834

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 caráter 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.

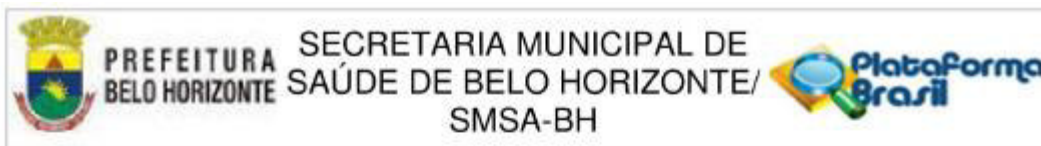
Entendendo que é no campo da prática profissional que emergem os problemas morais e vivências de sofrimento moral, elegeram-se como cenário do estudo a ser realizado em Belo Horizonte, serviços que compõe os níveis primário. Tal escolha decorre do fato de a coordenadora da presente proposta realiza investigações 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

**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



Continuação do Parecer: 2.495.834

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

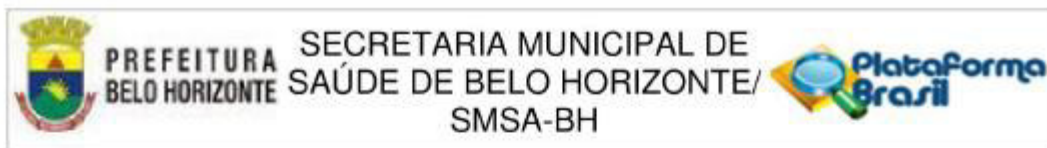
(POUPART, 2010). A entrevista tem como objetivo captar os sentidos que os sujeitos atribuem às experiências do cotidiano e a forma com a qual interpretam sua realidade, expressando-a por meio da linguagem e dos discursos sobre si mesmos e sobre os fenômenos vivenciados.

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,

**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



Continuação do Parecer: 2.495.834

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

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.

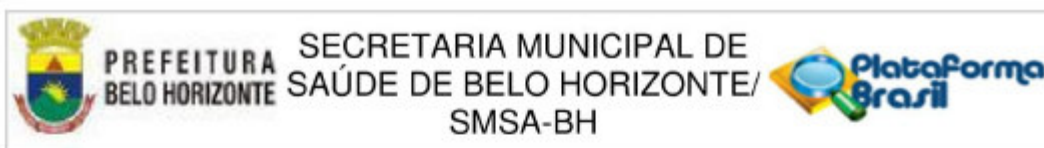
Para a realização da Análise de Conteúdo serão utilizados os depoimentos das entrevistas que serão gravados e transcritos na íntegra, bem como as notas de observação registradas no diário de campo. A análise será organizada em torno de três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material e tratamento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

**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





Continuação do Parecer: 2.485.834

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 (JUSTÍCIA, 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.

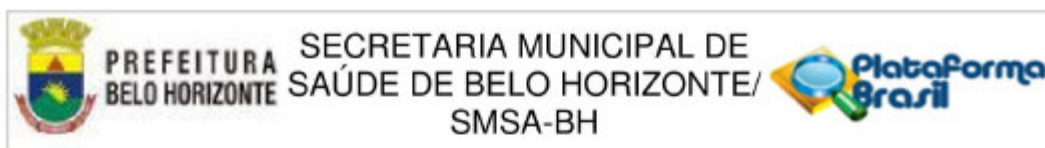
Objetivo Secundário:

- 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:

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª 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



Continuação do Parecer: 2.495.834

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".

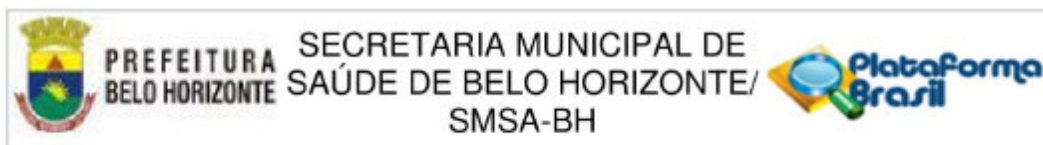
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

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

**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



Continuação do Parecer: 2.495.834

TGLEs apresentados têm linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contêm 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.

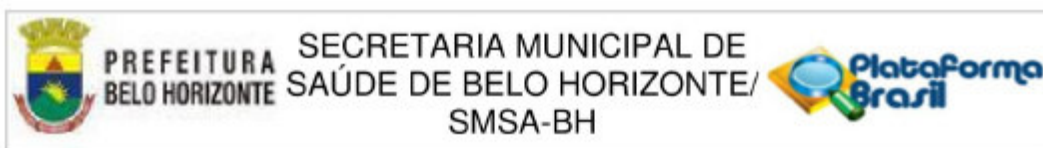
Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

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

**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



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

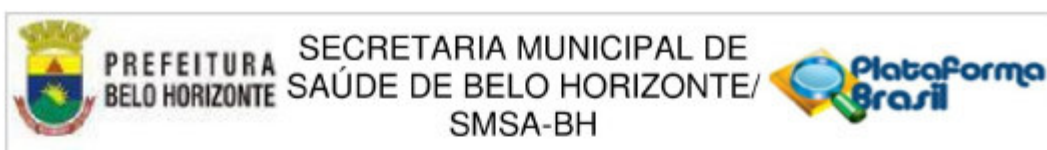
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**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



Continuação do Parecer: 2.495.834

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