UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ADRIANA CLEMENTE MAIA

VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2024

ADRIANA CLEMENTE MAIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Gestão e Avaliação de Serviços e de Tecnologias na Atenção Primária à Saúde (APS)

Orientadores: Prof. Dr. Eduardo Alexander J. C. F. Lucas e Prof. M.Sc. Alexandre O. Telles

RIO DE JANEIRO

2024

Esta dissertação, Intitulada

VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

apresentada por

ADRIANA CLEMENTE MAIA

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Presidente Orientador (a): Prof Dr Eduardo Alexander J. C. F. Lucas

_____

Vice Presidente Orientador (a: Prof. M.Sc. Alexandre O. Telles

_____

1° Examinador (a): Maria Kátia Gomes

_____

2° Examinador (a): Antônio Eduardo Vieira dos Santos

_____

Aluno (a) Examinador (a): Adriana Clemente Maia

_____

Dissertação defendida e aprovada em 23 de janeiro de 2024.

A cópia desse documento, assim como a comercialização do mesmo em sua forma impressa ou eletrônica é expressamente proibida. Sua reprodução parcial ou total é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação Elaborado pelo Sistema de Geração

C217v Clemente Maia, Adriana
VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO / Adriana Clemente Maia. -- Rio de Janeiro, 2024.
254 f.

Orientador: Eduardo Alexander Júlio César Fonseca. Coorientador: Alexandre Oliveira Telles. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2024.
1. Gerência em Serviços de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Fonseca Lucas, Eduardo Alexander Júlio César, orient. II. Oliveira Telles, Alexandre, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

DEDICATÓRIA

Dedico o resultado do esforço realizado ao longo desse percurso:

Á Deus, que nos criou e foi criativo nessa tarefa. Seu fôlego de vida me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um mundo de possibilidades. Autor do meu destino, meu apoio e meu guia frente às adversidades da vida. Àquele que me mantém de pé e firme para lutar e vencer os obstáculos ao longo do curso, rumo a realização de todos os sonhos do meu coração. Cada linha desta dissertação já havia sido escrita pelo Senhor.

Ao meu maior sonho realizado, minha filha, a razão de tudo que há. Dela recebi o maior de todos os títulos: Ser Mãe. Aquela que me presenteou com os sentimentos mais puros e sinceros do mundo e coloriu a vida com tons que eu sequer conhecia. Clara está crescendo e amadurecendo em uma velocidade incrível e acompanhar sua evolução é mágico. Embora você não tenha conhecimento disso, iluminou de maneira especial meus pensamentos, me levando a buscar mais conhecimentos. Desejo que você tenha pela mamãe o mesmo orgulho que sinto por você! Espero compensá- la das horas de atenção e brincadeira que lhe devo. Você foi o meu grande estímulo nessa caminhada“ A vida é boa com você” e “eu sou muito mais feliz depois que você chegou!!!”

Ao Marcelo, meu companheiro de tantos desafios e aprendizados. Àquele que é meu braço direito, digo: perna direita (rs). Dedico a você mais uma conquista, pois sonhamos juntos com esse título que nos ajudará a alcançar um sonho ainda maior!!! Sou muito orgulhosa da nossa trajetória e não há exemplo maior de dedicação do que a família linda que construímos juntos!

Ao Professor da UFRJ, Coordenador do MPAPS, Orientador dessa pesquisa e Amigo Eduardo Alexander Lucas. Você fez parte do início da minha trajetória acadêmica no PCI I da EEAN/ UFRJ e após tantos anos nos reencontramos no Mestrado Profissional da mesma instituição!!! Você reúne inteligência e generosidade!!! Conduziu magistralmente todo o processo e compartilhou todo o seu vasto conhecimento com disponibilidade, paciência, dedicação ,amor e

muito trabalho!!! Sobrevivemos!!! Que honra ter sido duplamente sua aluna, deixou seu legado!!! Eu posso dizer que a minha formação não teria sido a mesma sem a sua valiosa contribuição. Literalmente você é meu exemplo de mestre, DR!!! Será que sobreviveremos a mais 4 anos de ideias infinitas no Doutorado?“ Toca o Barco” (rs)

A minha nutricionista residente em MFC Roberta Terra, carinhosamente tratada por mim como amadinha!!! Você chegou na Cap para cumprir mais uma etapa de qualificação e eu fui designada para ser sua preceptora na linha da criança e contribuir para sua qualificação profissional e não esperava que você me qualificaria tanto, principalmente nos sistemas e métodos. Você foi incrível e incansável nos suportes para que conseguíssemos concluir a pesquisa em tela com tanta qualificação!!! Essa pesquisa também é sua!!! Obrigada é muito pouco!!! Conte sempre comigo!!!

Ao meu carinhoso grupo 1: Carol, Bruna, Carina, Bárbara, Bruninho, Alan e o seu violão que encerrava nossos trabalhos com chave de ouro garantindo aquele 10!!! Os mestrandos que mais convivi ao longo desse tempo. Nos conhecemos na aula inaugural e durante a dinâmica do barbante nossos destinos foram entrelaçados, formando assim uma rede de apoio, literalmente!! A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com vocês nesses espaços foram a melhor experiência da minha formação!!! Avante!!!

À mim mesma, por tamanha ousadia em começar quando muitos optam por parar!!! Tinha consciência que passaria por fases bem extremas que demandaria trabalho complexo, intenso e demorado. Fez se necessário um grande impulso para alcançar esse salto alto, assim como muitos sacrifícios e renúncias. A maior recompensa é a conclusão e o conhecimento adquirido a ser utilizado com muita sabedoria. “A persistência é o caminho do êxito”.

DEDICATÓRIA ESPECIAL IN MEMORIAN

Dedico também essa dissertação à minha avó materna Maria Elisa Kelmer Clemente, que me guia constantemente. Minha Estrela, fonte de inspiração e exemplo de luta e amor incondicional. Por intermédio dela aprendi os ensinamentos mais nobres que procuro transmitir à minha filha Clara. Aprendi

ainda a ter determinação. Seus exemplos de vida, paciência, afeto e cuidados me mostraram o caminho para lutar pelos meus sonhos e ideais, sempre com honestidade e sinceridade. Sem sua luz não teria tido forças para mais esse desafio e conquista. Eu escolhi a enfermagem por cuidar desde muito pequena de você, a acompanhando em todas as consultas. Eu a amo eternamente.

"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,
mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos
inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis"
(Fernando Pessoa).

AGRADECIMENTOS

Não cheguei até aqui só. Que se eternize nessas páginas a minha gratidão àqueles que foram fundamentais para conclusão desse trabalho, primeiramente, agradeço a Deus por ter iluminado o meu caminho durante essa caminhada.

Escrever uma dissertação de mestrado é um percurso muito longo, que inclui uma trajetória permeada por diversos desafios, mas apesar do processo solitário a que qualquer estudante de pós-graduação está destinado, reúne contribuições de várias pessoas, Percorrer este caminho só foi possível com o apoio de várias pessoas, a quem dedico especialmente este projeto de vida pessoal e profissional.

À minha família (base da minha força) pela união e capacidade de acreditar em mim. Por partilhar comigo a vida e os sonhos. Obrigada pelo carinho e capacidade de me alegrar e trazer paz na correria de cada semestre. Clara, obrigada por ensinar tanto a mamãe, mesmo tendo apenas 5 aninhos (quando iniciei o mestrado ela tinha 3 aninhos)! Marcelo, obrigada por me apoiar e me manter de pé (mesmo com a perna quebrada)! Vocês dois significam segurança e certeza que não estou sozinha nessa caminhada da vida! Que eu sempre possa ser motivo de orgulho de vocês!!!

Aos meus pais Rosa e Lair I in memoriam pelo dom da vida e pelos ensinamentos que fizeram de mim uma mulher forte , determinada e capaz.

Aos meus irmãos Alexandre e Anderson por serem pessoas tão perseverantes, resistentes!! Em meio a tantas tribulações, nunca desistiram de lutar pelos sonhos e venceram!!!

À minha Madrinha Cecília Clemente, o reconhecimento de todo carinho e força que sempre me transmitiu. Gratidão por ter acreditado, incentivado e apoiado o meu sonho de estudar em momentos bem difíceis.

À Rose, a babá da minha filha é carinhosamente chamada pela nossa família de Bá (pois se tornou nossa babá também. rs..). Eu não tenho palavras para agradecer o imenso carinho, dedicação e cuidado com a pequena. Você é uma pessoa incrível e admirável que despertou em mim uma profunda gratidão.

Aos meus amigos mais próximos, pela amizade e pelo apoio demonstrado ao longo de todo período de tempo em que me dediquei a esse trabalho e pela disponibilidade que não concedi. Vocês fazem essa vida valer mais a pena! Bora comemorar!!!

Aos orientadores: Eduardo Alexander Lucas, pela disponibilidade no acompanhamento do trabalho, discussão e revisão rigorosa deste manuscrito. Crítica atenta e estímulo constante. Obrigada por ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. Alexandre Telles, por incentivar e instigar este mundo de descobertas que o mestrado propicia.

À Banca Examinadora de Qualificação: Dr Rubens de Camargo Ferreira Adorno, Rita Batista, MSc Leonardo Graever, e Dr Maria Kátia Gomes. À Banca Examinadora de Defesa: Dr Antonio Eduardo dos Santos, Dr Katherine Moraes, Dr Maria Cristina da Silva e Dr Maria Katia Gomes. Agradeço imensamente as ilustres presenças nos dois momentos supracitados, aos quais os senhores apresentaram brilhantes e imprescindíveis considerações que guiaram a confecção final deste trabalho.

Aos professores e palestrantes do MPAPS 2022 pelos ensinamentos que permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

A todos os colegas do MPAPS 2022, amigos de luta pelo SUS e que, para além da amizade e estímulo, colaboraram de alguma forma na obtenção de dados fundamentais, discussões temáticas ou somente, mas não menos importante, na criação de um ambiente amistoso no qual convivemos e solidificamos os nossos conhecimentos, o que foi fundamental na elaboração deste trabalho. Certamente tiveram impacto na minha formação pessoal e profissional.

Aos colegas que passaram pela minha vida profissional, pela troca de experiências, aprendizado, apoio, momentos de descontração, trocas de plantões (rs), inspirações. Em especial a Georgya, Lules, Jane, Camila 1, Fátima Bruna, Camila 2, Gisele e a minha querida linha da criança (Joyce, Nath e Samira Shaila), que se tornaram parceiras de vida!

Ah eu não poderia deixar de citar a minha espetacular residente, Roberta Terra. Aliás, que terra fértil essa jovem talentosa que contribuiu em vários momentos com essa complexa pesquisa que exigiu a alma...rs. Ela compartilhou comigo algumas lágrimas de desespero (principalmente na etapa da validação da cartilha) e também de alegria. Eu desejo que você voe muito alto e admiro todo seu esforço. Conte comigo, sempre!!!

Endereço também os meus agradecimentos à Cap. 3.1 e colegas, meu cenário de atuação profissional e pesquisa durante o mestrado. Agradeço o fornecimento de dados que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho e todas as facilidades oferecidas.

Aos gerentes de serviços de saúde que participaram voluntariamente desta pesquisa e me confiaram suas vivências para que delas eu traçasse um caminho rumo a novos conhecimentos. Desejo que vocês sigam corajosos nesse caminho de adversidades enfrentadas diariamente. Façam o que é certo e lembrem- se que vocês valem muito!!!

A todos os que militam por uma saúde pública que garanta a integralidade, equidade e universalidade, na defesa inalienável da vida. Aos que transformam através da ação e não especulação!!! Aos colegas que vestem e suam a camisa do SUS!!! O SUS é feito de pessoas que trabalham real!!! E também agradeço aos falsos militantes que já passaram pela minha trajetória e me ensinaram a não ser como eles!!!

E finalmente aos usuários do SUS que me proporcionam aprendizados profissionais e principalmente pessoais memoráveis. Quem me conhece sabe que eu nunca meço esforços para resolver as necessidades alheias e de fato tenho muitas histórias para contar e não me arrependo de nenhum feito!!!. É uma satisfação tamanha ter o reconhecimento do bom atendimento recebido pelo usuário e quando esse sentimento chega, seja através de um elogio escrito, de um abraço, de um sorriso maravilhoso!!! Modesta a parte eu já recebi muitos ao longo desses anos trabalhando no SUS e sou muito grata!!! Lutem por um SUS de excelência sim! “Quem tem necessidade é girafa, nós temos direitos”.

À todos que participaram direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho. Para todas essas pessoas e outras que, por lapso ou por limite de escrita, não foram especificamente referidas, simplesmente vos digo

Muito obrigada Amigos!!!

"Escute os sons da natureza e da mesma forma escute as pessoas. Escute sem impor coisa alguma ao que você está escutando. Não julgue, pois no momento em que você julga a escuta cessa. Sempre que houver alternativas, tenha cuidado. Não opte pelo conveniente, pelo confortável, pelo respeitável, pelo socialmente aceitável. Opte pelo que faz o seu coração vibrar. Opte pelo que você gostaria de fazer, apesar de todas as consequências" (OSHO)

RESUMO

MAIA, A. C. **Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado em Atenção Primária à Saúde) – Faculdade de Medicina, Atenção Primária à Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A partir da implantação, pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) , do modelo de gestão compartilhada surgiu o cargo de Gerente, responsável pela gestão local da Unidade Básica de Saúde (UBS). Este profissional seria responsável pela gestão local das UBS, organização dos serviços de saúde, monitoramento das ações das equipes de saúde da família e execução das atividades técnico-burocráticas, com o intuito de prestar serviços de qualidade e garantir os princípios e diretrizes do SUS para toda a população. Nesta perspectiva as boas práticas de gestão são essenciais para atender as necessidades dos usuários. Essa dissertação teve como objetivo analisar as vivências, potencialidades e desafios enfrentados pelos gerentes de UBS que atuam na Cap 3.1. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa apoiada nos pressupostos de Minayo Os resultados apontam entraves gerenciais vivenciados pelos profissionais, os quais perpassam dificuldades como a ausência de treinamento para o cargo, fragilidade no apoio intersetorial e na gestão de pessoas. Além disso, observa-se o maior número de mulheres neste cargo, graduados em enfermagem e advindas de processos internos de contratação. Nas conclusões foram apontadas necessidades de configurações dos setores envolvidos para que os profissionais consigam exercer melhor seu trabalho. Como propostas de intervenção destacam-se a governança clínica como eixo para o processo de qualificação e a criação de espaços deliberativos de gestão compartilhada e democrática, a partir do desenvolvimento de um produto técnico tecnológico (Cartilha de Diretrizes Validada) como ferramenta de apoio para as competências gerenciais.

Palavras Chaves: Gerência em serviços de saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

MAIA, A. C. F. Experiences, Potentialities and Challenges of Basic Health Unit Managers in the Municipality of Rio de Janeiro. Dissertation (Master's Degree in Primary Health Care) - School of Medicine Primary Health Care, Federal University of Rio de Janeiro.

With the implementation of the shared management model by the Rio de Janeiro Municipal Health Department (SMS/RJ), the position of Manager was created, responsible for the local management of the Basic Health Unit (UBS).This professional would be responsible for the local management of the UBS, organizing health services, monitoring the actions of the family health teams and carrying out technical-bureaucratic activities, with the aim of providing quality services and guaranteeing the principles and guidelines of the SUS for the entire population. From this perspective, good management practices are essential to meet the needs of users.The methodology was developed using a descriptive model with a qualitative approach and based on Minayo's assumptions. The results point to managerial obstacles experienced by the professionals, which include difficulties such as the lack of training for the position, weaknesses in intersectoral support and people management. In addition, there are a greater number of women in this position, with degrees in nursing and coming from internal hiring processes.The conclusions pointed to the need to configure the sectors involved so that the professionals can do their jobs better. The intervention proposals include clinical governance as the axis for the qualification process and the creation of deliberative spaces for shared and democratic management, based on the development of a technological product as a support tool for managerial skills.Validated Guidelines Booklet.

Keywords: Health management; Unified Health System; Primary Health Care

SUMÁRIO

1.CONSIDERAÇÕES INICIAIS 23
1.1 Trajetória da pesquisadora na temática 23
1.2. Problemática do estudo 30
1,2,1 Questões norteadoras 34
1.2.2 Objeto do estudo 35
2. OBJETIVOS DO ESTUDO 36
2.1 Objetivo geral 36
2.2 Objetivo específico 36
3. JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO 37
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 40
4.1 A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil 41
4. 2. 1 A Atenção Primária à Saúde (APS) no Rio de Janeiro 46
4.2.2 Modelo de gestão compartilhada no Rio de Janeiro e a implantação do cargo de gerente de unidade básica de saúde (UBS) 48
4.2.3 Gerentes de unidade básica de saúde e competências do cargo 53
4.2.4 Melhoria da qualidade do cuidado e Governança Clínica (GC) 60
5. PERCURSO METODOLÓGICO 67
5.1 Caracterização da pesquisa 67
5. 2 Cenário do estudo 68
5.2.1 Caracterização da Área Programática (AP) do Rio de Janeiro 69
5.2.2 Áreas de planejamento (AP) 76
5.2.3 Unidades básicas de saúde (UBS) da área programática (AP) 81
5.3 Participantes do estudo 85
5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão 85
5.4 Procedimentos e técnicas de coleta de dados 85
5.5 Tratamento dos dados 87
5.6 Produção e validação da cartilha de diretrizes 88
5.7 Procedimentos éticos 92
5.7.1 Riscos, desconfortos e benefícios 93
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES 94
6.1. Caracterização dos sujeitos do estudo 94
6.1.1 Perfil pessoal dos participantes 94
6.1.2 Perfil social dos entrevistados 97
6.1.3 Perfil pessoal dos profissionais entrevistados 99
6.1.4 Perfil dos gerentes de UBS atual 109
6.2. Compreensão das falas a partir da análise de Bardin 111
6.2.1 Núcleo de sentido: trajetória até a gerência 112
6.2.2 Núcleo de sentido : capacitação para assumir o cargo 114

6.2.3 Núcleo de sentido: experiência como gerente de UBS 115
6.2.4 Núcleo de sentido: vivências dos gerentes de UBS 116
6.2.5 Núcleo de sentido: ferramentas de gestão e ou fatores subjetivos para atuação de um gerente de UBS 117
6.2.6 Núcleo de sentido: facilitadores da implantação das ferramentas de gestão na UBS 118
6.2.7 Núcleo de sentido: dificultadores da implantação das ferramentas de gestão na UBS 119
6.2.8 Núcleo de sentido: potencialidades no processo gerencial 121
6.2.9 Núcleo de sentido: desafios enfrentados pela gestão local 121
6.2.10 Núcleo de sentido: tema para qualificação do trabalho do gerente de UBS 123
6.3 Revisão integrativa a partir da busca bibliográfica 123
6.4 Desenvolvimento do artigo original 125
6.5 Construção da Cartilha de Diretrizes 130
6.6 Elaboração e validação da Cartilha de Diretrizes 131
7 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 140
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS 140
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 142

APÊNDICES

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE PILOTAGEM 153

APÊNDICE II- CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS 156

APÊNDICE III- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO 158

APÊNDICE IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES DE DESIGN E MARKETING 163

APÊNDICE V- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - VALIDAÇÃO DA CARTILHA 167

APÊNDICE VI- TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE 170

APÊNDICE VII- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES 172

APÊNDICE VIII- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS 178

APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO PARA GERENTES DE UBS 183

APÊNDICE X- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO TESTE BINOMIAL E P VALOR 192

APÊNDICE XI- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR do ÍNDICE DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 193

APÊNDICE XII- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO KAPPA 195

APÊNDICE XIII- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO ALFA CRONBACH 198

APÊNDICE XIV- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO CVC 201

APÊNDICE XV- CARTILHA DE DIRETRIZES DESENVOLVIDA COMO PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO DESTE ESTUDO 202

APÊNDICE XVI- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUSTOS 244

APÊNDICE XVII- ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DA PESQUISA 245

APÊNDICE XVIII- CRONOGRAMA 247

ANEXOS

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 250

ANEXO 2- IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES 252

ANEXO 3- ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE 253

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS– Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

APs – Áreas de Planejamento de Saúde

CAP – Coordenadoria da Atenção Primária

CEP –Comitê de Ética e Pesquisa

CF– Clínica da Família

CFAN– Clínica da Família Anna Nery

CIEVS– Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMS – Centro Municipal de Saúde

DNSP– Departamento Nacional de Saúde Pública

DRU – Desvinculação de Receita da União

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESEP – Equipe de Saúde da Família

ENSP– Escola Nacional de Saúde Pública

ESEP- Escola superior de Enfermagem do Porto

ESF– Estratégia de Saúde da Família

FAPERJ– Fundação Caros Chagas Filho do Rio de Janeiro

GC– Governança Clínica

GSS– Gerente de Serviço de Saúde

HESFA– Hospital Escola São Francisco de Assis

IBGE– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS– Lei Orgânica da Saúde

MRJ – Município do Rio de Janeiro

MS –Ministério da Saúde

NOB–Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAs– Organização Pan Americana da Saúde

OSS–Organização Social de Saúde

PAB–Política Nacional de Atenção Básica

PACS– Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAN– Padrão Anna Nery

PEC– Proposta de Emenda Constitucional

PMS– Plano Municipal de Saúdel

PSF– Produto Técnico Tecnológico

RAG– Relatório Anual de Gestão

RAs– Rede de Atenção à Saúde

RT– Responsável Técnica

SB– Síndrome de Burnout

SF – Saúde da Família

SPDM– Associação paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SMS– Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAI– Termo de Anuência Institucional

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS– Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I : Identificação da Identidade de Gênero dos participantes 94
Gráfico II: Identificação da Orientação Sexual dos participantes 95
Gráfico III : Identificação de Raça/Cor dos Participantes 96
Gráfico IV : Identificação de Estado Civil/Parcerias Afetivas 97
Gráfico V: Identificação dos chefes de Família 98
Gráfico VI: Quantidade de Filhos dos participantes 99
Gráfico VII: Área de formação dos profissionais 99
Gráfico VIII: Grau de Formação dos Profissionais 100
Gráfico IX: Forma de contratação dos profissionais 101
Gráfico X: Processo de contratação dos profissionais 102
Gráfico XI: Local de Experiência do profissional na ESF 102
Gráfico XII: Cumprimento da Carga horária de 40 horas semanais 109
Gráfico XIII: Numérico de Equipes nas Unidades de Saúde 109
Gráfico XIV: Unidades com programas de residências ativos 1**11**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Divisão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nas Áreas Programáticas (AP) do Rio de Janeiro, considerando a gestão das Clínicas da Família 52

Quadro 2: Atribuições Específicas dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) 65

Quadro 3: Unidades Básicas de Saúde da Área Programática (AP) 3.1, segundo Modelos de Atenção e Bairros de Localização 83

Quadro 4: Seleção dos artigos a partir de leitura flutuante 126

Quadro 5: Julgamento do Conteúdo pelos Juízes 132

Quadro 6: Julgamento do Design pelos Juízes 134

Quadro 7: Julgamento do Conteúdo pelo Público Alvo 136

Quadro 8: Sugestões dos Juízes 138

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Série de Cobertura de APS no Município do Rio de Janeiro 72
Tabela 2: Quantidades de Unidades de APS no Município do Rio de Janeiro 74
Tabela 3: Características Demográficas da Área Programática (AP) 3.1 78
Tabela 4: Identificação da Idade dos Participantes 96
Tabela 5: Dados Sociodemográficos dos Participantes 98
Tabela 6: Tempo de formação dos profissionais 103
Tabela 7: Critérios de formação para adequação à candidatura do cargo 103
Tabela 8: Faixa de Remuneração dos profissionais 107
Tabela 9: Tempo de atuação em cargo de gerência 108
Tabela 10: Tempo de atuação no cargo de gerência atual 109
Tabela 11: Níveis de Reprodutibilidade de Kappa 195

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS) 43
Figura 2: Marcos Temporais do desenvolvimento da APS no Brasil 44
Figura 3: Valores, Princípios e Elementos centrais em um Sistema de Saúde com base na APS. 45
Figura 4: Marcos temporais na Implantação do Cargo de Gerente de UBS no Município do Rio de Janeiro 52
Figura 5: Elementos de Governança Clínica (GC) por Nigel Starey 62
Figura 6: Mapa Conceitual de Governança Clínica (GC) 64
Figura 7: Divisão Territorial do Município Rio de Janeiro 70
Figura 8: Divisão das 10 Áreas Programáticas (AP) no Município do Rio de Janeiro 71
Figura 9: Gráfico da Cobertura da APS no Município do Rio de Janeiro 73
Figura 10: Mapa da Cobertura da APS no Município do Rio de Janeiro 73
Figura 11: Áreas de Planejamento de Saúde (APs) e Regiões Administrativas (RAs) da Área Programática (AP) 3.1 77
Figura 12: Densidade Demográfica da Área Programática (AP) 3.1 78
Figura 13: Mapa da Área Programática (AP) 3.1 divididas por Regiões Administrativas (RAs) e Bairros 80
Figura 14: Unidades de Atenção Primária à Saúde da Área Programática (AP) 3.1 82
Figura 15: Nuvens de Palavras com núcleos de Sentido 112
Figura 16 : Nuvem de palavras com os termos de maior frequência aparentes nos artigos selecionados 124
Figura 17: Imagens da Cartilha 131
Figura 18: Cálculo do IVC por item 193
Figura 19: Cálculo do IVC global 194
Figura 20: Escolha do método de Análise 196
Figura 21: Desenvolvendo Kappa 197
Figura 22: Exemplo de Análise de Resultados do Kappa 197
Figura 23: Etapa 1 198
Figura 24: Etapa 2 199
Figura 25 Etapa 3 199
Figura 26: Etapa 4 200
Figura 27: Primeira etapa da Validação de Fórmulas 201

1.CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Trajetória da pesquisadora na temática

A motivação para estudar a temática sobre as vivências, potencialidades e desafios dos gerentes de Unidade Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro (MRJ) reflete minha trajetória profissional na Atenção Primária à Saúde (APS), nesta cidade. Sou oriunda das Minas Gerais e em 2004 me mudei para o alojamento da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) para realizar o sonho de cursar Enfermagem/Obstetrícia e ser uma Enfermeira Padrão Anna Nery (PAN). Ainda na graduação, participei de um Projeto de Extensão da UFRJ no qual estagiei no Programa Saúde da Família (PSF).

Apesar das condições precárias do local, fui muito bem acolhida pela comunidade e pela equipe da unidade, assim como tive a oportunidade ímpar de desenvolver minhas habilidades e competência com uma preceptoria de excelência. Consequentemente me apaixonei pelo programa que tinha como objetivo promover a saúde das pessoas, famílias e comunidades de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante a graduação fui bolsista de iniciação científica pela Fundação Carlos Chagas Filho (FAPERJ) no projeto de pesquisa intitulado: “O Processo Assistencial de Enfermagem em Unidade de Quimioterapia Oncológica do Rio de Janeiro”. Esta experiência me possibilitou mais conhecimento acerca do cuidado integral às pessoas com câncer e suas famílias no contexto do SUS . Tive ainda a oportunidade de participar de outros projetos de pesquisa e extensão que me possibilitaram compreender a importância da APS como mola propulsora para a reordenação das ações do SUS [1]

.

---

[1] Pesquisadora Auxiliar bolsista do Projeto Multicêntrico Internacional- 7 LAC intitulado “ Uso de drogas Ilícitas em Sete Países da América Latina e Canadá: Perspectivas Críticas de Familiares e Pessoas Próximas”. - Pesquisadora bolsista do Projeto de Extensão intitulado “ Hesfa do Vale”. Parceria do Hospital Escola São Francisco de Assis com o Centro Popular de Cultura e Desenvolvimento CPCD/ MG.- Pesquisadora estagiária de iniciação científica do Projeto de ensino, pesquisa e extensão intitulado: “Avaliação dos Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças na Idade Escolar: A realidade de duas comunidades escolares do município do Rio de Janeiro ”- Pesquisadora estagiária de iniciação científica e de atividades extensionistas do Projeto intitulado “ A Problemática das Verminoses na Idade Escolar: Uma Proposta de (Inter) Ação Profissional da Saúde e Comunidade ”.

Em 2008, último período da graduação, desenvolvi atividades acadêmicas de extensão como integrante do Projeto intitulado “Hesfa no Vale”- Ações de Saúde em Comunidades Rurais". Essa experiência me deslocou até o Vale do Jequitinhonha onde tivemos a oportunidade de fazer um Diagnóstico Situacional de Saúde de 538 moradores de Ecovilas que circundavam a cidade de Araçuaí. Tal vivência, incrível, me possibilitou um contato mais estreitado com áreas rurais e comunidades carentes. Ao retornar da viagem supracitada passei no processo de Residência em Saúde Pública pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) com campo de estágio na Área Programática (AP) 3.1, onde atuei nos Centros Municipais de Saúde (CMS): Madre Teresa de Calcutá e Necker Pinto.

Como residente dos serviços anteriormente citados tive, no primeiro ano de curso, experiências na assistência de enfermagem direcionadas para os grupos humanos e coletividades, tendo como referência todas as etapas dos ciclos de vida e as determinações sociais do processo saúde-doença que refletem, a grosso modo, as condições estruturantes dos territórios. Já no segundo ano de residência participei de atividades gerenciais voltadas para o nível central da rede de atenção à saúde. Essas atividades se direcionaram para a leitura, consolidação e análise de dados epidemiológicos dos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Vale registrar, que nesse mesmo período atuei concomitantemente, como enfermeira contratada, como coordenadora técnica, do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

No CIEVS pude participar de ações de campo para bloqueio epidemiológico de doenças transmissíveis com especial destaque para as síndromes respiratórias. Convém destacar ainda que na qualidade de enfermeira desenvolvendo ações de vigilância em saúde, amplifiquei minhas habilidades de liderança, na medida em que, pude exercer funções essenciais de comando e treinamento da equipe. Isto me permitiu avançar nas atribuições gerenciais que envolvem o trabalho da equipe de saúde no contexto da APS.

Ao término da residência assumi o meu segundo emprego como enfermeira de equipe no CMS Alice Toledo Tibiriçá, na AP 3.3. Após alguns anos passei a

atuar como enfermeira Responsável Técnica (RT) no CMS Renato Rocco, na AP 3.2. Assim, já me sentia capaz para assumir responsabilidades mais complexas e que demandavam formalmente um aporte significativo de liderança.

Vale registrar que as experiências anteriormente citadas me trouxeram a visão técnica na prática dos protocolos clínicos da atenção básica possibilitando-me avançar ao encontro da gestão da rede de atenção em saúde. Assim, assumi o Cargo de Gerente de Serviços de Saúde (GSS) na Clínica da Família (CF) Cabo Edney Canazaro de Oliveira, na AP 3.2, por meio de um contrato de trabalho com a Organização Social de Saúde (OSS) da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

Essa primeira experiência como gerente foi um marco, visto que aconteceram as maiores descobertas e transformações que me marcaram para a vida pessoal e profissional, na medida em que pude perceber, mais de perto, o sofrimento da população adstrita ao território e o impacto da APS para a melhoria da qualidade de vida das comunidades assistidas.

Nesse contexto, fui convidada pelo coordenador da AP 3.2, o cirurgião dentista Vagner Monteiro para um desafio maior que era, assumir a gerência na CF Anna Nery (CFAN). Esta missão foi desafiadora, considerando as taxas elevadas de mortalidade por COVID-19 nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) no território adstrito, o que demandou o planejamento e implementação de ações efetivas para o controle da transmissão do SARSCOV-2 [2] nessa população, que é extremamente vulnerável.

Sendo assim, posso afirmar que alcancei meu ápice na gestão da CFAN, no que diz respeito ao desenvolvimento do funcionamento desse equipamento social de saúde, que por obter melhora significativa dos processos de trabalho, repercutiu na otimização dos indicadores pactuados.

---

[2] O SARSCOV- 2 é um vírus da família dos Corona- vírus que, ao infectar humanos, causa uma doença chamada Covid-19.

Ademais, o reconhecimento por parte da coordenação da AP e inclusive da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em decorrência desses resultados foi muito gratificante para mim. Fui inclusive citada neste relatório como uma gerente exemplar, o que me encheu de orgulho e mais motivação para prosseguir.

Vale registrar que fui convidada a participar de ciclos de debates para apresentar, em nível central da SMS/RJ, as experiências exitosas dos processos de trabalho e resultados alcançados na CFAN da AP 3.2. Nessa época participei ativamente nos processos decisórios locais da unidade, tendo total apoio da CAP (Coordenadoria de Atenção Primária) para realizar mudanças que favoreceram transformações estruturais, gerenciais e operacionais na CFAN.

Entretanto, ocorreram, em nível da SMS/RJ, mudanças políticas que culminaram na substituição do staff da coordenação da AP 3.2, e por isso, vivenciei um momento profissional adverso, caracterizado pela falta de autonomia para resolver problemas básicos que antes eram resolvidos com brevidade. Nesse período, em decorrência dessa conjuntura, fui tomada por um sentimento de impotência, desgaste e desmotivação, mas segui em frente conduzindo meu trabalho de acordo com os princípios que acredito. Fui inclusive impedida de estar no território “Lugar de gerente é dentro da unidade” e convidada a “desacelerar”.

Na sequência fui aprovada em outro processo seletivo pelo OSS Instituto Gnosis e assumi a minha terceira gerência na CF Padre Marcos Vinicio Miranda Vieira, localizada na AP 4.0. Apesar do curto período que atuei nesta CF, foi uma experiência significativa, visto as características do território, a saber: comunidade conflagrada pela violência oriunda das milícias, com demandas de saúde reprimidas, uma vez que a unidade possuía na época apenas 4 equipes para atendimento de uma população de aproximadamente 30 mil habitantes.

Em 2022 após passar no processo seletivo pela OSS Viva Rio, voltei a trabalhar na minha área de moradia AP 3.0 e assumi a CF Victor Valla (AP 3.1), tendo sido essa minha última experiência gerencial momentaneamente. Esta

experiência foi carregada de grandes desafios pessoais e profissionais, pois me possibilitou muitas vivências, considerando a complexidade e responsabilidade do cargo em tela.

Assim, na gestão local vivenciei diariamente angústias e dilemas desta função. Durante a permanência no cargo identifiquei diversas questões importantes que atravessam e influenciam diretamente o dia a dia de trabalho do gestor local. Além das questões técnicas e burocráticas, também é papel do gerente:

1) A garantia do planejamento em saúde da unidade; 2) A gestão e organização do processo de trabalho, considerando os indicadores; 3) O monitoramento das equipes de saúde da família (ESF); 4) A Coordenação das ações no território e a integração da Clínica da Família (CF) com outros setores (intersetorialidade); 5) Postura de liderança; 6) A garantia da mediação de conflitos; 7) Domínio dos sistemas de informação (SI); 8) Participação no Colegiado Gestor Intersetorial (CGI); 9) Escuta qualificada para atender questões trazidas pela equipe e comunidade; 10) Respostas formais às ouvidorias, Ministérios Públicos e veracidade de atestados médicos; 11) Capitanear reuniões semanais e mensais na unidade e participar das reuniões da Coordenação de Atenção Primária (CAP); 12) Criação de espaços de educação permanente com garantia da qualificação dos colaboradores, confecção do Accountability[3] e atender prontamente às demandas da CAP e Organização Social de Saúde (OSS), que nem sempre são convergentes.

[3] O termo “accountability” segundo Pinho e Sacramento (2009) encerra a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento dessa diretiva.

Além de todas as atribuições supracitadas, vale registrar a importância de conhecer o território da área adscrita da clínica, os determinantes de saúde da localidade, assim como ter articulação com equipamentos sociais do território.

Entretanto, é notório que a formação acadêmica em nível de graduação não é suficiente para preparar os profissionais de saúde para o cargo de gestão e a pós-graduação lato sensu, ou seja, está na modalidade de curso de especialização ou de residência, nem sempre é suficiente para prover as experiências e vivências necessárias para a efetiva qualificação dos profissionais para responder a todas as demandas multidisciplinares**.** Assim, penso que por meio desse estudo seja possível produzir subsídios importantes para potencializar o trabalho deste profissional, além de contribuir para o aprimoramento do mesmo. Diariamente, inúmeros profissionais são nomeados como gerentes de UBS, sendo que a maioria deles são técnicos da área (enfermeiros, dentistas, médicos, psicólogos e outros), sem qualquer formação e experiência para o exercício da nova função.

O cargo de Gerente de UBS vem carregado de sofrimento pessoal, alto consumo de energia, desempenho pouco satisfatório, grande rotatividade dos cargos de gerência e alto nível de abandono da função por diversos motivos. Mesmo com as dificuldades relacionadas ao cargo supracitado, a maioria dos cursos de qualificação são direcionados às questões organizacionais e funcionais do SUS, não abordando aspectos relativos à dimensão interpessoal, sócio-políticas, bioéticas, dentre outros temas relevantes.

Sob esta ótica, enquanto profissional atuante no SUS, busquei outras qualificações além da residência cursada. Conclui a Especialização em Vigilância Sanitária (VISA) pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e avancei com o Master of Business (MBA) em Gestão de Serviços de Saúde e afirmo que em nenhum desses espaços que tive acesso foi abordado questões tangentes às ordens subjetivas e relacionais na gestão. Daí a importância da qualificação dos profissionais que atuam como Gerentes de UBS para ofertar instrumentos de apoio para esses profissionais da APS.

Mesmo os profissionais experientes, comprometidos e qualificados para gerenciar unidades de saúde, na maioria das vezes, não têm utilizado instrumentos de apoio e ferramentas de gestão que auxiliem seu trabalho. Diante desta afirmação é importante conhecer quais as necessidades desses profissionais para exercer o gerenciamento com qualidade e para que sejam pensadas estratégias efetivas para qualificar o trabalho gerencial nas UBS.

É importante ressaltar que durante o processo de elaboração desse estudo, em 2023, passei por uma transição profissional, deixando de atuar na função de Gerente de UBS momentaneamente. Isto abriu uma janela de oportunidade para atuar como Coordenadora do Curso Introdutório em Saúde da Família da AP 3.1. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007), esse curso tem como objetivos: 1) apresentar conceitos e ferramentas primordiais para o trabalho na APS; 2) integrar as ações das equipes AP; 3) fomentar a reflexão dos profissionais sobre seu trabalho e de suas equipes na APS; 4) reforçar, junto dos profissionais, o papel da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O público-alvo desse curso caracteriza-se pelos profissionais que ingressam na Estratégia Saúde da Família (ESF). No MRJ, o curso introdutório era inicialmente aplicado de maneira heterogênea pelas APs no que diz respeito ao conteúdo programático, estratégias didático-pedagógicas e carga horária mínima. Em 2015 esse processo foi revisto, de forma que atualmente essas questões foram unificadas, restando como pendência apenas a padronização dos processos avaliativos.

Após assumir a nova função despertou-me a vontade de desenvolver um curso direcionado aos Gerentes de UBS a fim de melhorar a preparação dos profissionais para atuar no cargo, considerando os desafios a serem enfrentados. Com isto, pretende-se que esta pesquisa possa contribuir com a elaboração de um instrumento que possa servir de ferramenta de apoio à gestão da UBS.

Vale registar que durante o processo do mestrado eu recebi por parte da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), de Portugal a revalidação do meu

diploma e nossa família startou mudança para a Europa/ Portugal/ Coimbra. Assim, surgiu um novo desafio de avançar no doutorado e elaborar um estudo comparativo considerando as vivências, potencialidades e desafios dos gerentes de serviços de saúde de ambos os países.

1.2 Problemática do estudo

O Sistema de Saúde no Brasil passou por diferentes mudanças ao longo de décadas, com características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Sem dúvida, em 1988 após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil deu um grande salto em relação a uma política de saúde mais digna e justa. Passou então, a garantir o direito da população brasileira ao acesso a uma saúde de qualidade, igualitária e principalmente gratuita, com base na Lei 8.080 a que determina que à saúde é um direito de todos e dever do Estado garantir a assistência e prover as condições indispensáveis ao seu funcionamento. Mas infelizmente ainda há muitos desafios a serem superados até que o SUS se torne um padrão de atendimento em saúde (Aguiar, 2011).

Entre ações e programas em saúde foram criadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), configurando um novo modelo assistencial, que visa substituir o modelo tradicional, curativo, com foco na “doença”, passando a priorizar ações educativas, preventivas e de recuperação, com atendimento de saúde prestado tanto na UBS, quanto no domicílio, através das Visitas Domiciliares, prestadas pelos profissionais de saúde que compõe a equipe Multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) (Costa *et al*, 2012).

Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), passando depois a ser entendido como uma estratégia de reorientação da assistência. Mais tarde, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), resultado da experiência de ações acumuladas no intuito de consolidar o SUS. Sendo estabelecidas através desta

política as atribuições em comum a todos os profissionais envolvidos na equipe Multidisciplinar, assim como, as atribuições específicas de cada profissional de saúde, entre eles a atuação do enfermeiro (BRASIL, 2012).

O Município do RJ implantou no ano de 2009 um novo modelo de gestão denominado de “gestão compartilhada”, tendo como eixo central a parceria firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e (OS) para a gestão do trabalho nas UBS. Na etapa inicial foi criado o cargo de Gerente de Serviço de Saúde (GSS), profissional responsável pela organização dos serviços de saúde, monitoramento das ações das equipes e execução das atividades técnicas e administrativas. Este Gerente, selecionado e contratado por uma OSS, teria como responsabilidade viabilizar e garantir o cumprimento das metas contratadas, provendo infraestrutura adequada, recursos humanos e materiais e monitoramento dos resultados adquiridos.

Por outro lado, caberia a ele também assegurar que os princípios, as políticas e diretrizes, que orientam as ações de saúde na ESF no modelo do SUS sejam cumpridas, promovendo a qualificação do trabalho e do trabalhador; atendimento das demandas e necessidades da população e participação social. O cotidiano destes Gerentes, portanto, é marcado pelo desafio de garantir a governança clínica (GC) tendo como referência as políticas e diretrizes da SMS, a quem deve prestar contas, e a gestão administrativa referenciada pelo cumprimento das metas pactuadas entre a SMS e a OSS, a quem estes Gerentes também prestam contas.

Segundo Loch (2019), a constatação de que o trabalho gerencial é complexo, tenso e envolve um aprendizado se dá principalmente a partir da prática cotidiana, Isto traz novas perspectivas às capacitações e ao desenvolvimento gerencial nos serviços de saúde. Tais perspectivas incluem a mobilização dos atores sociais para reflexão a partir da ação, visando estimular o autoconhecimento e a troca de experiências.

Nesta perspectiva, as boas práticas de gestão das UBS de saúde são fundamentais para a oferta de serviços que sejam capazes de atender plenamente as necessidades de saúde da população brasileira. Isto tem relação

direta com a qualidade da atenção à saúde oferecida à população. Trata se de uma questão complexa, dinâmica e multifacetada e pretendo vislumbra-la em três dimensões, a saber:

a) Política: caracterizada pela fragilidade existente entre a formulação das políticas públicas e sociais e sua efetiva implementação. Uma vez que as diretrizes governamentais são pautadas em protocolos assistenciais elaborados com padrão de excelência, mas que na maioria das vezes, são implementados em serviços marcados por uma realidade adversa, caracterizada pela carência, quantitativa e às vezes até qualitativa, de recursos materiais e humanos. Isto nos remete à uma verdadeira dicotomia entre o plano das ideias e o plano das ações que acaba por afetar, de certo modo, a qualidade do processo de trabalho e consequentemente o serviço prestado aos usuários no contexto da APS.

b) Sócio econômica: representada pelas políticas macroeconômicas adotadas pelo governo brasileiro nas últimas décadas, que implementaram ações de redução com gastos sociais para atender as perspectivas relacionadas ao neoliberalismo, a globalização e outros dispositivos para dar relevo a “Teoria do Estado Mínimo” em detrimento das questões relativas ao “Estado de Bem-Estar Social”, tão fortemente propagado pela Carta Magna da República Federativa do Brasil que estabeleceu em seu artigo 196 a saúde como direito do povo e dever do estado, assim como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) N° 8080 que dispõe sobre as condições sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes no SUS (BRASIL,1990).

Nesse diapasão, podemos citar como exemplo a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) Nº 55/2016, mais conhecida como PEC do teto de gastos públicos que congelou por 20 anos os orçamentos fiscais e da seguridade social e de todos os órgãos e poderes da União, representando na prática um retrocesso para a implementação de políticas públicas e sociais, principalmente nas áreas de saúde e educação (BRASIL, 2016).

Vale registrar outro ponto nevrálgico dessa proposta citada acima que seria a sinalização da possibilidade de repasses entre as áreas pela regra de

Desvinculação de Receitas da União (DRU), o que caracteriza um risco de retirada dos minguados da saúde. Atualmente a constituição determina o mínimo da receita a ser aplicado na educação (18%) e na saúde (15%). O intuito da PEC é acabar com esses tetos mínimos e, ao contrário, definir um máximo. Em um cenário de envelhecimento da população e da necessidade de incorporar novas tecnologias, formação e contratação de profissionais, limitar os gastos públicos é um ato homicida do sistema público de saúde brasileiro (Cunha, 2016).

Convém destacar que a conjuntura anteriormente citada ficou ainda mais potencializada com a pandemia de COVID-19 que se destacou como uma emergência sanitária global sem precedentes no nosso século, gerando impactos não somente clínicos, mas também econômicos, sociais e psicoafetivos. Isto significa dizer que a COVID-19 representou um aumento das desigualdades sociais, marcadas pela potencialização da pobreza, do desemprego, violência e sofrimento psíquico, dentre outros marcadores de vulnerabilidades sociais (FIOCRUZ, 2022).

c) Humana e cultural: considerando que a qualidade dos serviços de saúde depende principalmente do componente humano, ganha destaque nesse contexto: 1) a formação acadêmica dos profissionais de saúde, uma vez que a mesma é, de certo modo, ainda incipiente no que diz respeito à oferta de experiências curriculares capazes de potencializar, nos estudantes de graduação, as habilidades e competências voltadas para as ferramentas de boas práticas de gestão; 2) a qualificação profissional que ainda privilegia nos cursos de pós-graduação lato sensu os aspectos técnico-operacionais, em detrimento dos aspectos interpessoais, sociopolíticos e éticos. Não se trata aqui de negligenciar os aspectos técnicos, entretanto é mister, a ampliação dos espaços de discussão e reflexão sobre os problemas/dilemas enfrentados pelos gerentes que atuam nas Clínicas da Família (CF), bem como os significados que os profissionais de saúde atribuem às experiências na gestão e suas visões de mundo sobre a realidade da prática profissional (Lucas, 2013 ; Lucas, 2021).

Destas três dimensões apresentadas acima, este estudo irá se aprofundar nas questões que envolvem a terceira dimensão: humana e cultural. Ademais,

segundo Silva (2012) conhecer os problemas e a relevância social da gestão dos serviços de saúde é de extrema importância para fomentar discussões a fim de que sejam explorados os caminhos para uma gestão de qualidade e embasada nas diretrizes e princípios do SUS.

Para a efetividade das ações de saúde oferecidas por todos os níveis de atenção é fundamental a organização dos serviços em rede, de forma que exista uma conexão entre os mesmos permitindo que a coordenação do cuidado ocorra de forma integrada e resolutiva. Nesta perspectiva, o apoio institucional é um caminho importante para fortalecer e legitimar relações entre os sujeitos, sabendo-se que a gestão não existe sem essa vertente, mesmo que os atores representam diferentes saberes e níveis de poder. Conclui-se que o apoio institucional articula saberes, desejos e objetivos em comum no sentido de estreitar a relação entre trabalhadores e usuários, sustentando e ao mesmo tempo empurrando o outro, considerando que uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que conduz o trabalho e suas implicações nos processos de trabalho. “Quem é apoio sustenta e, ao mesmo tempo, empurra o outro, sendo também sustentado. Tudo junto e ao mesmo tempo” (Campos, 2003).

1.2.1 Questões norteadoras do estudo

Considerando a problemática apresentada neste estudo tencionou-se as seguintes questões norteadoras, que representam as dúvidas que conduzirão a presente pesquisa:

1. *Quais as vivências dos gerentes de UBS que atuam na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro?*
2. *Quais os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro?*
3. *Quais os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional?*

1.2.2 Objeto do estudo

Para responder às questões norteadoras estabelecidas, a presente pesquisa tem como objeto de estudo as vivências, potencialidades e desafios de gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro em relação ao modelo de gestão compartilhada.

Comumente utilizadas como sinônimos em vários contextos, experiência e vivência são palavras distintas que apresentam suas diferenças e complementaridades que valem a reflexão. De acordo com o dicionário on-line, "experiência" vem do verbo experienciar. Está relacionada com o "conhecimento ou aprendizado obtido através da prática ou da vivência: experiência de vida; experiência de trabalho". A palavra tem como sinônimos: prova, experimento, teste, ensaio. A experiência é o fato em si. O pensador e filósofo chinês Confúcio dizia que "a experiência é uma lanterna dependurada nas costas que apenas ilumina o caminho já percorrido".

Já a vivência vem do latim *viventia* e está ligada ao "fato de viver, de ter vida, existência". Abrange "conhecimentos adquiridos pela experiência em uma ou várias situações de vida ou profissionais". Dentre seus sinônimos estão: vida, existência, conhecimento, experiência, saber.

No que concerne ao conceito de experiência, este será compreendido neste estudo, a partir das experiências de trabalho que serão relatadas pelos gerentes de UBS Ademais, em relação ao conceito de vivência entende-se que o mesmo abarca os conhecimentos adquiridos pela experiência de gerir UBS. A ideia seria interpretar os acontecimentos englobando a percepção, o significado elaborado pelos gerentes a partir das experiências vivenciadas na APS. Tais reflexões expressariam uma perspectiva, que trariam contribuições para um novo olhar sobre o trabalho desempenhado pelo gestor local.

Levando em consideração os preceitos deixados por Selma Loch:

> *"O gerenciamento de UBS é considerado difícil e com alto nível de estresse, em consequência da alta demanda da população, sobrecarga nas agendas, interferência dos níveis mais centrais de gestão e dificuldades de gerenciamento de equipes, sobrando, ao gerente, pouco tempo para o planejamento. Essas observações correspondem a pesquisas na área de*

administração, em que se considera que a imagem do gerente que planeja, coordena e controla de forma sistemática é puro folclore. Ao contrário, suas atividades são caracterizadas pela brevidade, variedade e fragmentação. O planejamento é precário, com reprogramação frequente do seu dia de trabalho. Apesar da complexidade da função e da alta rotatividade observada no cargo de gerentes de UBS, pouco se faz para apoiar esse profissional, além das capacitações pautadas por métodos ultrapassados, que respondem apenas aos interesses institucionais" (Loch,2019).

2. OBJETIVOS DO ESTUDO

Elaborado o objeto do estudo e as questões norteadoras, fez-se importante traçar os objetivos, que serão descritos a seguir, que foram divididos em objetivos gerais e específicos:

2.1 Objetivo geral

I. Analisar as vivências, potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos gerentes de unidades básicas de saúde que atuam na CAP 3.1 no Município do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

I. Identificar as experiências e vivências de gestão dos gerentes de unidades básicas de saúde que atuam na CAP 3.1 no Município do Rio de Janeiro;

II. Determinar os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS na Área Programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro;

III. Descrever as potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional;

IV. Discutir as implicações das práticas gerenciais na UBS para melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários adscritos à CAP 3.1 no Município do Rio de Janeiro;

V. Desenvolver um material educativo, no formato de cartilha digital validada, direcionado aos profissionais de saúde que atuam na gestão de UBS nos cenários pesquisados.

3. JUSTIFICATIVAS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A partir da implantação, pela SMS/RJ, do modelo de gestão compartilhada, citada anteriormente, percebe-se que a responsabilidade da gestão local geralmente recai sobre a figura do Gerente de UBS. Isto implica no desafio deste gerente, que frequentemente de maneira solitária e sem o devido preparo necessário, se vê impelido a responder às demandas que visam promover a saúde integral dos usuários adscritos, garantir a participação social e o cumprimento de metas estabelecidas externamente à unidade que o mesmo gerencia. Assim, esta pesquisa se justifica pela necessidade de conhecer as vivências, potencialidades e desafios por parte desse gestor local e a partir daí desenvolver modelos de governança que sejam capazes de integrar a dimensão clínica e administrativa da gestão, de forma que os resultados almejados não sejam apenas quantitativos. Ou seja, estes resultados precisam contemplar também a dimensão da eficiência, qualidade e efetividade das ações desenvolvidas.

Segundo Porciúncula, Venâncio e Silva (2018) que realizaram um estudo sobre os fatores associados ao desenvolvimento de Síndrome de Burnout (SB) em gerentes da ESF do Município do RJ, considerando o contato direto desses

profissionais com diversos fatores adversos, tais como: a violência armada, as características organizacionais que exige dedicação, esforço, talento, flexibilidade e em contrapartida não assegura estabilidade no emprego, salário justo, valorização profissional, ascensão, carga horária justa, apoio organizacional, adequação no volume de trabalho e mecanismos de recompensa, levando os gerentes à insatisfação e, muitas das vezes ao adoecimento e posterior afastamento das atividades laborativas.

Assim, os aspectos de natureza organizacional demonstraram maior impacto, o que evidencia a necessidade do gerente de serviços de saúde precisar dedicar cada vez mais tempo aos esforços do trabalho, sem uma recompensa no que diz respeito à perspectiva de ascensão na carreira, estabilidade no emprego, valorização, incentivo e apoio institucional.

Congruentemente, Mariz 2018 *et al,* desenvolveu um estudo para analisar a Síndrome de Burnout (SB) entre os gerentes da ESF no RJ e suas associações entre os fatores que influenciam a presença/ausência da SB nesses profissionais. Desta forma, a relação encontrada entre esta síndrome e a ausência de instrumentos de gestão disponíveis pode ser explicada de acordo com Maslach (2001).

Do mesmo modo, a associação com a falta de autonomia encontrada neste estudo é partilhada também por Trigo e colaboradores, que consideram esta variável como um dos fatores explicativos de índices altos de Burnout. O trabalhador sente que tem grande responsabilidade, porém não possui autoridade para tomar as atitudes que julga necessárias e eficazes, levando a um sentimento de incapacidade para gerar o alcance dos resultados que lhe são exigidos e com isto a sensação de incompetência (Trigo *et al,* 2007).

Assim, o artigo supracitado contribuiu para a reflexão acerca da sobrecarga sofrida por parte do gerente de UBS e reforça a ausência de instrumentos de gestão para apoio aos mesmos. Como já foi citado anteriormente, a maioria dos cursos de qualificação na área da gestão são direcionados às questões organizacionais e funcionais do SUS e não temos, ainda, disponíveis nas

Instituições de Ensino Superior (IES) propostas de cursos de qualificação e materiais pedagógicos com foco nos gerentes de UBS, que assumem funções múltiplas e sequer foram preparados para tal competência e responsabilidade.

Os cursos de especialização e capacitação para gerenciamento existentes no Brasil, até o presente momento, ainda estão muito voltados para administração hospitalar. Os pensadores e planejadores desses cursos têm pensado pouco em projetos para a gestão de UBS, com atividades relacionadas às equipes de saúde da família em que o trabalho com a prevenção e promoção da saúde é o foco de atuação dos profissionais. As atividades devem contemplar não só a reorganização dos serviços, mas também as especificidades locais e os aspectos inerentes a uma prática gerencial flexível (Ferreira, 2004).

Faz-se necessário ampliar projetos direcionados a gestão de UBS, assim como as produções nessa área, visto que a literatura apresenta-se escassa, considerando a expansão da ESF e consequentemente o aumento de profissionais assumindo cargos de gestão nas unidades que demandam preparo devido. Segundo Silva (2012) conhecer os problemas e a relevância social da gestão dos serviços de saúde é de extrema importância para fomentar discussões a fim de que sejam explorados os caminhos para uma gestão de qualidade e embasada nas diretrizes e princípios do SUS. Acredita-se que este estudo possa contribuir com a APS/ESF por meio da elaboração de uma cartilha digitalizada informativa para os profissionais que atuam como Gerentes das UBS.

De acordo com Jesus e Souza (2021), potencializar a gerência nos serviços de saúde representa um desafio e reforça a necessidade da institucionalização do planejamento das ações. Costa *et al* (2021) realizou uma pesquisa para analisar a implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Rio de Janeiro nas duas últimas décadas. Nesta pesquisa foi possível constatar que a adoção do modelo OSS foi uma escolha exitosa. Porém, vale ressaltar que a organização não se

apresenta eficiente e suficiente para desempenhar todas as funções elencadas como essenciais na saúde pública do município do Rio de Janeiro.

Considerando a revisão integrativa realizada durante esse estudo, a partir das palavras chaves encontradas nos descritores (Decs): Gerência em serviços de saúde; Sistema único de Saúde e Atenção Primária à Saúde foi desenvolvida uma busca para que fosse analisada a literatura de forma pormenorizada no período de 2009 a 2022, acerca das práticas de gestão nas Unidades Básicas de Saúde. Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: Texto com configuração completa disponível; idioma em inglês ou português e período de publicação entre os anos de 2009 e 2022.

Deste modo, foi possível corroborar à luz dos pressupostos das atribuições do cargo de gerente descritas na Política Nacional de Atenção Básica em 2017. As respectivas chaves foram aplicadas nas bases de dados BVS e Scielo. A amostra obteve como resultado 7 artigos após a inserção com a posterior análise pelo método de Bardin.

Diante do apresentado acima, comprovou-se a relevância do presente estudo, uma vez que pelo método de busca evidenciou-se uma incipiência de publicações relacionado à temática.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os sistemas de saúde se relacionam diretamente ao contexto político-econômico-social das nações em todo o mundo. Poucos sao os países que possuem um sistema de atenção à saúde universal e gratuito como o nosso. Os principais são Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Cuba. Vale ressaltar que o modelo britânico, instituído em 1948, serviu de inspiração para o Brasil e funciona de modo parecido.

4.1 A Atenção primária à saúde (APS) no Brasil

I

A declaração de Alma Ata em 12 de setembro de 1978 traz um conceito o qual não se considera saúde apenas a ausência de doenças, levando em consideração o estado físico, mental e social do indivíduo, assim como sendo um direito de todos os seres humanos. A declaração coloca a saúde como a principal meta mundial, precisando de apoio de setores sociais e econômicos para que seja atingida. A APS é tida como ponto chave para atingir a meta de que todas as pessoas do mundo tenham uma vida produtiva economicamente e socialmente (Alma Ata, 1978).

A APS é definida como cuidados essenciais de saúde baseados em dados científicos, facilmente acessados pela população, se mantendo em todas as fases de vida desta população, sendo parte integrante do sistema de saúde de um país e o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados em saúde. Ela provê cuidados de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades. E neste conceito o indivíduo é tido como participante no planejamento, organização, operação e controle da APS (Alma Ata, 1978).

No Brasil, o SUS é criado a partir da lei No. 8080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) e traz o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. Tem, dentre seus princípios e diretrizes, a universalidade, a integralidade, a igualdade e a preservação da autonomia (BRASIL, 1990). Com a implementação do SUS diversas ações foram desenvolvidas com a finalidade de colocar em prática as normas e princípios estabelecidos pela lei. Nesse período, foram criadas diversas ações nos estados e municípios em relação à APS, porém, nenhuma se configurou como modelo padronizado para o território nacional (Lavras, 2011).

A criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) se deu entre os anos de 1979 e 1986 no sertão cearense. Tal programa incorporou um outro trabalhador nos serviços de saúde, numa readaptação do serviço de auxiliares de enfermagem, sendo convocadas mulheres de áreas pobres para trabalharem como agentes de saúde. Esta utilização deste agente de saúde traz uma outra

forma de fazer saúde principalmente em locais de difícil acesso (BRASIL, 2010). Três anos antes da portaria que aprova o PACS, em 1994, é consolidado o Programa de Saúde da Família (PSF) que acaba sendo o precursor da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

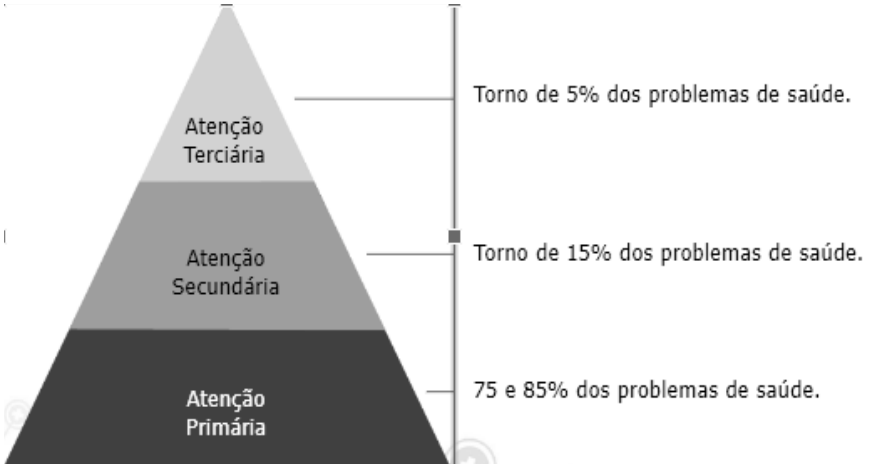
Na época, o PSF já mostrava grande impacto na redução da mortalidade materna e infantil, assim como melhor acompanhamento de condições crônicas como diabetes e hipertensão e, principalmente, no acesso a áreas do país onde nenhum serviço de saúde havia chegado até então (BRASIL, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, reorganiza o PACS, assim como estabelece a ESF como eixo estruturante e reorganizador da APS. A PNAB traz o seguinte conceito de atenção básica:

> *"A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral" (PNAB, 2012).*

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações que funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Segundo Starfield

(2002), a APS é a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Tem como características a responsabilidade pelo acesso, atenção e prevenção, tratamento e reabilitação; assim como trabalho em equipe. É considerada como uma base e determinante para o trabalho de todos os outros níveis do sistema. Ela aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, lidando com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. A APS se diferencia dos demais níveis de atenção, pois lida com problemas mais comuns e menos definidos. A proximidade maior do profissional com o ambiente onde o usuário se encontra, o deixa numa posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da saúde e doença (Starfield, 2002).

Figura 1 :Resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS)



Fonte: Conass, 2023

De acordo com a Figura 1 acima a APS é constituída pelas UBS com 75 a 85% dos problemas de saúde, a Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar em torno dos 15% dos problemas de saúde. Já a Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização e ocupa em torno dos 5% dos problemas de saúde. No âmbito do SUS, as equipes de saúde da família (ESf) são parte constituinte da ESF, trabalhando com território adscrito, vinculadas a uma unidade básica de saúde (UBS). Elas são tidas como principal porta de entrada para o sistema de saúde e são também as principais

reguladoras dos encaminhamentos dos usuários a outros serviços de saúde dentro das RAS (BRASIL, 2010).

Figura 2: Marcos Temporais do desenvolvimento da APS no Brasil

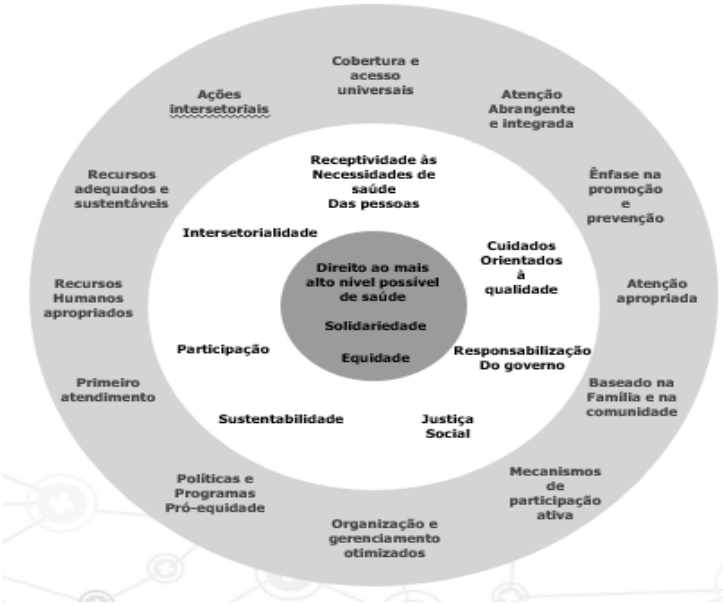
Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS, 2022

A Figura 2 acima ilustra os marcos temporais considerando o desenvolvimento da APS no Brasil. A década de 1920 é marcada pelo surgimento dos primeiros Centros de Saúde e Centros de Saúde Escola. Dando continuidade a construção do SUS, o início dos anos 80 traz o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS). O ano de 1896 é marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde nascem as bases para o SUS. E em 1988 nasce o Sistema único de Saúde (SUS). 1990 é marcado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lavras, 2011).

Dando sequência a linha de raciocínio ilustrada pela Figura 2, no ano de 1991 foi criado o PACS pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de ampliar o acesso de pessoas ao SUS e difundir ações de promoção por meio da educação em saúde. Em 1994 o MS cria o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de orientar a reorganização do serviço de atenção básica nos municípios, tendo sido precursor da Estratégia Saúde da Família (ESF) que surgiu em 2006 como política de governo nesse mesmo ano surge o Pacto pela

Saúde (PAC) que foi uma diretriz para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada apenas em 2017 (Lavras, 2011).

Figura 3: Valores, Princípios e Elementos centrais em um Sistema de Saúde com base na APS.



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS, 2022

A Figura 3 acima apresenta os valores, princípios e elementos propostos de um Sistema de Saúde com base na APS. Sistema este composto por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que visam garantir a cobertura assistencial e o acesso universal a serviços que aumentam a equidade. Ademais, oferece cuidados abrangentes, integrais, integrados e apropriados com o tempo, enfatiza a prevenção e a promoção, assim como assegura o cuidado no primeiro atendimento. As famílias e as comunidades são a base de planejamento e ação deste sistema. Um sistema de saúde com base na APS requer primordialmente uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para potencializar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde (OPAS, 2005).

4. 2. 1 A Atenção Primária à Saúde (APS) no Rio de Janeiro

A história da saúde pública na cidade do Rio de Janeiro é muito bem retratada por Campos, Cohn e Brandão (2016), iniciando tal retrato a partir de 1910, no qual relatam que não havia estabelecimentos de saúde pública, mas havia intervenções ao meio ambiente e agentes infecciosos, assim como esporadicamente ações à população incluindo campanhas de vacinação. A partir de 1916, surgem Postos de Profilaxia Rural com o intuito de atuar contra doenças endêmicas e epidêmicas da região. Advindo da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1923, foi possível o nascimento e a consolidação dos Centros de Saúde, sendo o primeiro inaugurado em 1927 (Campos, Cohen e Brandão, 2016).

A partir de 1979, inspirados pela criação da Alma Ata (Já citada anteriormente), houve expansão da cobertura dos CMS e a incorporação do conceito de APS. Após a criação do SUS, houve grande municipalização de unidades ainda federais. A criação do PSF em 1994, recebeu incentivos diferentes do governo e possibilitou o acesso à saúde principalmente de populações mais vulneráveis, mas havia resistência de expansão para toda cidade devido à grande oferta de serviços que o município oferecia. Neste mesmo período, a organização sanitária foi descentralizada para as dez Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (CAP) (Campos, Cohen e Brandão, 2016).

A mudança da nomenclatura de PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio em 1999, com grande incentivo financeiro para a reorganização de todo o sistema de saúde. Houve a inclusão do Programa de Agente Comunitário de Saúde em quinze bairros e Equipes de Saúde da Família em dez bairros. Até o final de 2008, houve pouca expansão da cobertura de Saúde da Família (SF), sendo menos de 10% no mesmo ano. A partir do ano de 2009, considerando também a cidade como sede olímpica, houve plano de expansão da ESF, com a criação do modelo de Clinicas da Família, vínculo empregatício a partir de Organizações Sociais de Saúde (OSS) com contratação via Consolidação das Leis do trabalho (CLT). Houve grande valorização da SF, sobretudo do profissional médico, com incentivo salarial e criação de programas de residência

de Medicina e Enfermagem em Saúde da Família (Campos, Cohen e Brandão, 2016).

Assim, o Rio de Janeiro, que sempre teve um modelo bastante voltado para a atenção hospitalar, vivenciou um processo de grande expansão da APS. De todo modo, houve mudança governamental em 2017 com a entrada de outra gestão na Prefeitura do MRJ por um prefeito da bancada neopentecostal da política na cidade (Melo, Mendonça e Teixeira, 2019).

A cobertura de 3.5% em 2008 passou para uma estimativa de 70% em 2016. Ocorreu nesse período a: ampliação do acesso ao serviço básico de saúde; atenção primária passou a ser prioridade; criação de protocolos clínicos; uso de prontuário eletrônico; acreditação dos serviços; pagamento por performance. Ocorreram também mudanças na organização do serviço, horizontalizando o organograma e colocando a atenção primária como a principal ordenadora no processo de organização da rede do município e tais alterações tiveram como inspiração sistemas de saúde do Reino Unido e Portugal. Foi criado um sistema de regulação de vagas para consultas e procedimentos fora da unidade básica de saúde e um aumento do número de exames realizados nestas unidades (Soranz, Pinto e Penna, 2016).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) do Município do Rio de Janeiro (MRJ) referente ao quadriênio de 2018 a 2021, traz como atributo da APS ser a principal referência para o cuidado do usuário, assim como organizador do sistema de saúde, ainda ressalta o empenho do governo em criar um cenário favorável para cumprir tais atributos. A realidade dos anos, após grande expansão, teve grande impacto na conduta e organização da Rede de Atenção à Saúde do município. Antes contando com forte investimento na APS, inclusive em formação em saúde, e após mostrando grande sucateamento e fragilidade dessa estrutura devido à forma que estava organizada.

Um estudo de 2018 em uma unidade de saúde da família do Rio de Janeiro já apontava algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no contexto político vivido pela cidade. As principais queixas foram sobre as escalas e excesso de atribuições dos profissionais, precariedade e falta de

materiais para trabalhar, exigência de seguimento rígido de protocolos que engessam atendimentos, assim como cobrança de indicadores e números de produção (AGONIGI et al., 2018). No ano seguinte à posse, foi anunciado déficit no orçamento da prefeitura que serviria como justificativa para sucessivos atrasos no pagamento dos funcionários contratados pelas OSS que compunham as equipes de saúde da família até então, seguidos pela demissão em massa de muitos profissionais. Este período, também foi marcado pelo surgimento de um movimento de reação desses trabalhadores chamado “Nenhum Serviço de Saúde a Menos" (Melo, Mendonça e Teixeira, 2019).

A nova gestão propôs um plano de reorganização dos serviços de APS com o intuito de reduzir custos, baseados unicamente na produtividade dessas equipes. A ideia era melhorar fluxos e garantir melhor qualidade de produção em números, pautados sobretudo na nova PNAB aprovada em 2017 após o golpe de estado que ocorreu no país, destituindo a presidenta eleita do poder. Com este novo plano, foi possível diminuir o número de EqSF, havendo uma redução de 184 equipes ao todo. Tais acontecimentos reforçam a fragilidade da adoção de OSS como recurso para a contratação de pessoas - tratadas por essas entidades como recursos humanos - na APS, assim como demonstra claramente o poder das vontades políticas locais (Melo, Mendonça e Teixeira, 2019).

4.2.2 Modelo de gestão compartilhada no Rio de Janeiro e a implantação do cargo de gerentes de UBS

Segundo Martins (2006) a Administração Pública Gerencial apresenta algumas características, tais como: “ a) Caráter estratégico, ou orientado por resultado do processo decisório; b) descentralização; c) flexibilidade; d) desempenho crescente e pagamento por desempenho/ produtividade; e) competitividade interna e externa; f) direcionamento estratégico; g) transparência e cobrança de resultados (accountability); h) padrões diferenciados de delegação e discricionariedade decisória; i) separação da política de sua gestão; j) desenvolvimento de habilidades gerenciais; k) terceirização; l) limitação da

estabilidade de servidores e regimes temporários de emprego; e m) estruturas diferenciadas" (MARTINS, 2006, p.21).

Como proposta de reforma, é elaborado o anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais (OS). Em 1997, a Medida Provisória N°1591, determina que essas entidades uma vez autorizadas, estariam aptas a serem parceiras do Estado, na condução da coisa pública. E, finalmente, com a Lei 9.637/1998, as OS são instituídas, juntamente com os contratos de gestão e com o Programa Nacional de Publicização. Na perspectiva do governo as OS melhorariam o desempenho gerencial, possibilitando uma maior flexibilidade na prestação de serviços públicos, sem vinculação administrativa com o Estado, mas fomentadas com recursos públicos e controladas por contratos de gestão. O Estado atua mais como regulador e promotor dos serviços públicos e as OS estimulam a descentralização, desburocratização, autonomia e qualidade da gestão, favorecendo um melhor gerenciamento do setor saúde e um aumento da capacidade de planejar e executar ações através de metas pactuadas nos contratos de gestão e avaliadas pelos órgãos responsáveis (Abrucio e Sano, 2008).

A transferência de responsabilidades do Estado por meio da terceirização dos serviços e do estabelecimento dos contratos de gestão com a Lei 9637/1998 gerou uma série de manifestações e reações contrárias ao novo modelo, principalmente pelos Conselhos e Conferências de Saúde da época. No Rio de Janeiro, Roraima e Distrito Federal houve inclusive apresentação pelo Ministério Público de ação civil pública contra este tipo de terceirização. Estas ações contrárias ao novo modelo de gestão reduziram a força de sua expansão ao longo dos anos, após a instituição das OS. Desta forma, inicialmente, não foi viável implementar este modelo, em larga escala, em todo território nacional como se havia planejado inicialmente com a Reforma do Estado (Rezende, 2004).

Diante deste cenário, o crescimento do Terceiro Setor ou setor público não estatal foi ganhando força, pois desde a redemocratização do país na década de 80 houve um aumento considerável das iniciativas da sociedade civil voltadas para criar alternativas às graves lacunas na oferta de serviços e infraestrutura

pública nos mais diversos setores como saúde, educação, saneamento, meio-ambiente, emprego e renda (Rodrigues, 2007). No Município do Rio de Janeiro, a escolha em trabalhar com este modelo de gestão foi institucionalizada por meio da Lei Municipal N°. 5026, aprovada em 19 de Maio de 2009, decretada a partir do Decreto-Lei 30.780 de 2 de Junho de 2009. Nesta Lei, o Município do Rio de Janeiro regulamenta a atuação das Organizações Sociais com regras específicas para o setor saúde.

A partir daí, por meio de contratos de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e as OS inauguram um modelo de gestão compartilhada (citado anteriormente), com intuito de promover maior agilidade na condução das ações e na administração dos serviços de saúde. Sendo assim, o Estado define as diretrizes norteadoras da gestão, acompanhamento e fiscalização da execução das atribuições preconizadas para as OSS contratualmente e às OSS cabe a execução das atividades e 17 atribuições contratuais bem como a prestação de contas e de resultados assistenciais e gerenciais alcançados definidos em um “Contrato de Gestão”.

Ressalta-se que a Administração Pública tem o poder-dever de planejar, gerenciar, acompanhar e fiscalizar a atuação da OSS contratada, de modo a garantir o adimplemento do objeto contratado, bem como detectar, antecipadamente, práticas em desconformidades ou defeituosas. Nesse passo, o presente manual busca atender à necessidade de padronização dos procedimentos atinentes à gestão e à fiscalização dos Contratos de Gestão (SMS, 2022). De acordo com o artigo publicado em 2021 com o objetivo de analisar a implantação em larga escala da ESF no âmbito do SUS na cidade do Rio de Janeiro nas duas últimas décadas: Por meio do contrato de gestão as ações e serviços que antes eram de responsabilidade do Estado, são transferidas às OSS, que passam a ser executoras da política. Para isso, foi dada autonomia gerencial às entidades civis para contratação de recursos humanos e compra sem licitação de bens móveis e imóveis, concedendo-lhes autonomia para gerenciar, executar e prestar serviços públicos de saúde (Rezende, 2004).

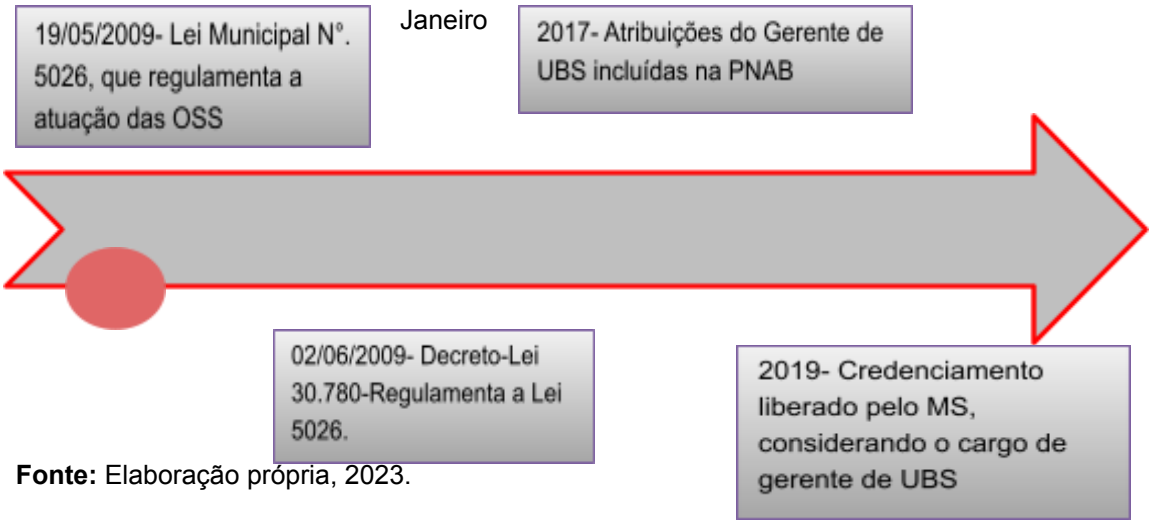
> *"É importante registrar que a adoção do modelo OSS foi uma escolha bem-sucedida para a rápida implantação da sua agenda de governo para o SUS na cidade do Rio de Janeiro, ainda que não seja suficiente para desempenhar todas as funções essenciais da saúde pública. Suas limitações apontam para a necessidade de implementação de arranjos regulatórios independentes que reduzam a insegurança jurídica, o déficit informacional do Executivo e, principalmente, torne transparente para a sociedade civil e opinião pública as relações do setor público com terceiros. (COSTA et al, 2021).*

Assim, de acordo com Maffei (2011), o cargo de Gerente foi criado para a gestão do trabalho nas UBS, através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e OSS. Este profissional seria responsável pela gestão das UBS, organização dos serviços de saúde, monitoramento das ações das equipes de saúde da família e execução das atividades técnico-burocráticas, com o intuito de prestar serviços de qualidade e garantir os princípios e diretrizes do SUS para toda a população. O gerente de unidade de saúde, profissional cujas atribuições foram incluídas na PNAB de 2017, teve o credenciamento liberado pelo Ministério da Saúde em 2019.

> *"A função deverá ser exercida por profissional qualificado, com nível superior, não integrante das equipes vinculadas às USF e cumprindo carga horária de 40 horas semanais. O gerente na USF deverá conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fomentar a participação dos profissionais na organização do horário de atendimento aos cidadãos, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de apoiar a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na APS e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis (MS, 2017).*

Esse profissional tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação do cuidado e das ações no território e a integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços da rede de atenção no município. Profissional de nível superior, preferencialmente com experiência em Atenção Primária à Saúde, que atue com carga horária semanal de 40 horas e que não seja integrante das equipes vinculadas à Unidade de Saúde da Família (USF) em que exercer a função de Gerente de Atenção Primária. Incluído na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, este profissional também é chamado de Gerente da Atenção Básica.

Figura 4: Marcos temporais na Implantação do Cargo de Gerente de UBS no Rio de Janeiro



Fonte: Elaboração própria, 2023.

De acordo com a Figura 4 acima, em 19/05/2009 surge a Lei Municipal N° 5.026 que regulamentou a atuação das OS e em 02/06 do mesmo ano o Decreto Lei N°30.780 regulamentou a lei supracitada. Nesse mesmo ano criou-se o cargo de gerente de serviço de saúde, cujas atribuições profissionais foram incluídas na PNAB, em 2017 e em 2019 foi liberado o credenciamento pelo Ministério da saúde.

Desde 1993, a SMS dividiu geograficamente a cidade do Rio de Janeiro em 10 Áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (PMS-RJ, 2013). Atualmente existem quatro OSS na gestão compartilhada dos serviços de saúde da APS do MRJ, com contrato de gestão devidamente atualizado após novo governo.

Quadro 1: Divisão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nas Áreas Programáticas (AP) do Rio de Janeiro, considerando a gestão das Clínicas da Família (continua)

Organização Social de Saúde	Área Programática
SPDM/PAIS	1.0, 3.3, 4.0 e 5.3
VIVA RIO	2.1, 2.2, 3.1 e 5.2
IDEAS	3.2
INSTITUTO GNOSIS	5.1

Fonte: Elaboração própria, 2023

De acordo com o quadro 1 acima, a OS Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina- SPDM/ PAIS tem contrato com as seguintes áreas programáticas: 1.0, 3.3, 4.0 e 5.3. A OS Viva Rio é responsável pela gestão dos serviços de saúde das áreas 2.1, 2.2, 3.1 e 5.2. Em se tratando da OS Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde- IDEA tem contrato de gestão nas áreas: 3.2 . Por último a OS Instituto Gnosis que responde apenas pela AP 5.1. Ressalta-se que a AP 3.1, área escolhida como universo do objeto de estudo desta pesquisa.

4.2.3 Gerentes de unidade básica de saúde (UBS) e competências do cargo

O termo gerencialismo foi introduzido na administração pública no bojo das discussões sobre a Terceira Via e a necessidade de ampliar a capacidade gerencial e a resolutividade do Estado, já discutido anteriormente.

No Brasil, esta discussão ganha peso com a proposta de Reforma Administrativa no governo Fernando Henrique Cardoso e se expressa na adoção de novos mecanismos de gestão na administração pública, entre os quais se coloca a contratualização dos serviços de saúde. Tendo como cenário este novo modelo gerencial adotado pelo Estado e, neste estudo específico, pelo Município do Rio de Janeiro, tornou-se importante buscar um referencial teórico que abordasse a questão da gerência em sua perspectiva não apenas política, mas no campo da administração, de forma a compreender como vem se dando a operacionalização dos serviços contratualizados, suas dificuldades e possibilidades. (ABRUCIO, 2008)

> *"Gerenciar é a função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o Gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela." (Tancredi, 1998 ; Passos e Ciosak, 2006).*

Ademais, é importante frisar que:

> *"A adoção de modelos gerenciais flexíveis e a garantia da participação popular são estratégias cruciais da atual política de fortalecimento do sistema de saúde. As reorganizações técnicas e gerenciais dos serviços demandam uma transformação das ações de saúde e um envolvimento dos profissionais com os serviços e com os usuários, a fim de proporcionar maior resolutividade e qualidade nas ações de saúde (Guimarães e Évora, 2004 apud Bloise, 2015).*

Além disso, é preciso reconhecer a necessidade de qualificação dos Gerentes visando o reconhecimento dos instrumentos e ferramentas mais importantes para o seu trabalho. Com isto acredita-se que estes gerentes possam identificar as potencialidades e assim otimizar o trabalho da equipe. Este processo visa a criação de novos líderes a fim de exercer uma gestão compartilhada, servindo de exemplo de conduta para um trabalho eficiente que constantemente eleva sua qualidade (Franco e Salgado, 2011 *apud* Bloise 2015).

Para Mintzberg (2007) os Gerentes enfrentam diversas dificuldades no seu contexto laboral, uma vez que são submetidos a pressões e sobrecarga de trabalho com atribuições que muitas vezes não podem ser delegadas para outros membros da equipe. Neste contexto, o profissional que atua na gerência de uma Unidade Básica de Saúde é responsável pela organização do serviço, sendo então a autoridade formal que lida com várias aspectos que envolvem as relações interpessoais, para através destas mobilizar as informações necessárias para a tomada de decisão. Sendo assim, para não sofrerem as frustrações enfrentadas pelas pessoas que estão no poder e ainda não desenvolveram a habilidade de lidar com essas situações, os gerentes precisam potencializar o equilíbrio entre personalidade e ação na organização visando alcançar o crescimento profissional e a qualidade almejada no campo profissional.

Desta forma, as características pessoais, a capacidade de realização e tomada de decisão, são aspectos que devem ser levados em consideração para a escolha deste profissional, uma vez que as demandas, desafios e restrições inerentes ao cotidiano laboral do cargo de Gerente influenciam diretamente em seu desempenho. Sendo assim, (Zaleznik, 1993; Stewart, 1982). Para Franco e Salgado (2011), o Gerente é reconhecidamente o profissional que promove,

mobiliza e organiza os meios para que a unidade de saúde cumpra efetivamente a sua finalidade. Isto implica em uma atuação onde inúmeras vezes a pressão externa por agilidade e flexibilidade, bem como a crescente necessidade interna por controle e previsibilidade criam condições que fazem com que os processos de trabalho, as pessoas e os contexto institucionais entrem em choque.

Ademais o Gerente é responsável pelo acompanhamento integral da unidade básica de saúde, o que inclui para alem as atividades desenvolvidas: a estrutura física das instalações, o monitoramento de indicadores e metas pactuadas, criação de um ambiente de trabalho harmônico bem como a integração entre equipes, mediação de possíveis conflitos. (Franco e Salgado, 2011). Sendo assim, o desempenho das atribuições do gerente requer a utilização de ferramentas de ordem interdisciplinar, levando em conta não somente a capacidade técnica, mas sobretudo a habilidade na articulação das relações político-econômico-sociais atinentes ao cotidiano da organização e execução do processo de trabalho nos serviços de saúde (Vanderlei e Almeida, 2007).

Diante disso, ao assumir esse desafio, o trabalho do gerente adquire a personificação dos anseios individuais pautadas muitas vezes pelo desejo de sucesso, reconhecimento profissional e recompensa pelo mérito pessoal, sendo portanto o lugar de realização de si mesmo. Sob essa ótica o trabalho pode gerar produtos tangíveis e concretos, que possibilitam a avaliação da qualidade do trabalho desempenhado, a partir de critérios bem estabelecidos, em que pese o fato de que as subjetividades dos atores sociais envolvidos no contexto impactam diretamente no sentido da ação. Portanto, esta avaliação necessita de um arranjo que considere a complexidade existente entre a dimensão institucional, os resultados esperados *versus* alcançados e os valores dos protagonistas da ação (Gaulejac, 2007).

Primordialmente, o Gerente precisa ser uma liderança que cuida da sua equipe, buscando sempre escutar as pessoas para orquestrar o trabalho de forma harmoniosa. Para tanto, deve possuir habilidades e competências sobre planejamento, gestão de pessoas, do trabalho e do conhecimento, organização da rede e implementação de estratégias de intervenção, formas de contrato,

além de questões relativas à manutenção da infraestrutura da unidade de saúde sob sua responsabilidade (Franco e Salgado, 2011).

Entretanto, segundo Ciampone e André (2007) o Gerente ainda atua nos moldes dos princípios administrativos tradicionais, no qual o planejamento é realizado de forma fragmentada e burocrática. Com isso, as ideias e pensamentos expressos pelos gestores nem sempre são concretizados, criando uma certa dicotomia entre o modo de pensar e agir deste profissional com consequências diretas na operacionalização das estratégias das ações de saúde, interferindo na eficiência e efetividade dessas ações. Para contextualizar essa questão segue abaixo a afirmativa de Jesus e Souza (2021) na qual estas autoras, ao discutir as concepções, estratégias e usos do planejamento pelos profissionais de saúde na gerência de UBS chegaram às seguintes conclusões:

> *"Os achados deste estudo apontam que o ato de planejar é adotado como instrumento do processo de gerenciamento no qual estão inseridos atores sociais, sendo fundamental para evitar improvisações e favorecer o*
>
> *fortalecimento e consolidação da ESF, na reorganização da Atenção Básica. Nesta perspectiva, a ênfase quanto ao uso do planejamento, parte do princípio de que as práticas de saúde nas USF permanecem enraizadas à forma de planejamento tradicional, voltado para o cumprimento das metas pré-estabelecidas pelo Ministério da Saúde, deixando, consequentemente, de desenvolver um pensamento e visão crítica acerca das necessidades do território e da população, como proposto pelo planejamento estratégico. " (Jesus e Souza, 2021).*

A diferença entre uma gestão burocrática e uma mais flexível reside na criação de vínculos e o reconhecimento da produção de saúde como atividade fim do trabalho gerencial. Para isso, a gerência precisa organizar o trabalho utilizando os instrumentos necessários, para juntamente com as equipes de saúde, obter os resultados esperados. Em outras palavras, o gerente precisa estar preparado para lidar com diversos desafios tais como: a mediação de conflitos, gerenciamento de processos produtivos na área da saúde, gestão do trabalho com foco na qualidade do atendimento ao usuário-famÍlia-comunidade, além de atender a dimensão política do trabalho que guarda relação com a finalidade do trabalho organizacional que induz a organização do processo gerencial, e

dimensão técnica que diz respeito à prática deste trabalho em si (Franco e Salgado, 2011). Ratificando esta discussão Dussault (1992) afirma que esta:

> "É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisões que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer à ordem, mas por responsabilidade" (Dussault,1992).

Todas as variáveis para que o trabalho gerencial efetivamente aconteça estão imersas em um contexto imprevisível pelo qual qualquer decisão tomada implica em permanecer ou mudar processos já estabelecidos. Esta constante transformação exige do gerente postura de liderança e autonomia. Esta autonomia também precisa ser estimulada na equipe e nos usuários dos serviços de saúde e suas famílias, visando a gestão e produção de saúde mais democrática e participativa.

De acordo com Maffei (2011) às funções desses Gerentes não estavam muito bem definidas, porém tais profissionais deveriam responder por todas as demandas técnicas e administrativas da UBS. Com a finalidade de aprimorar a atuação desses profissionais para uma gestão eficiente e que garantisse os princípios da APS, a OSS Viva Rio (contrato com CAP 3.1), desenvolveu e disponibilizou documentação referente às atribuições e funções dos Gerentes. Entretanto tais atribuições são de caráter geral, pois explicitam de forma pouco definida as questões em relação à gestão da clínica.

Ainda segundo Maffei (2011) os gerentes são responsáveis também por capitanear o alcance dos melhores resultados em saúde com menor gasto de recursos disponíveis, da mesma forma que responsabilizam-se pela gestão de pessoas; a manutenção da UBS; gerenciamento dos insumos; supervisão do processo de trabalho das equipes (incluindo cadastramento de usuários, diagnóstico situacional do território, cumprimento dos atributos da APS com destaque para a acessibilidade, intersetorialidade, integralidade, bem como a promoção da participação da comunidade, o planejamento e avaliação das ações executadas na UBS, desenvolvimento da educação (permanente) no eixo

das linhas de cuidado; cumprimento de demandas emergentes da CAP e OS; execução de articulações permanentes com e no território; implantação de protocolos assistenciais; garantia da informação efetiva e alimentação dos sistemas de informação em tempo hábil; problematização de resultados, junto às equipes, com base nas metas estabelecidas no contrato de gestão; estímulo à criação de indicadores locais pertinentes ao monitoramento e avaliação do trabalho das equipes; elaboração de relatórios e planos de ação voltados para a melhoria da qualidade das informações em saúde, garantia da promoção da saúde; realização de reuniões e representação em diversos colegiados.

Esta configuração gera na atividade do trabalho a nível local, conflitos, sobretudo, para os Gerentes, pois é nesse espaço vivenciado pelos profissionais que ocorre a contradição gerada por lógicas e referências distintas: resultados de saúde e participação social versus o cumprimento de metas acordadas a priori entre contratantes e contratados. A superação de antigos processos administrativos, que se resumiam a resolução de questões relativas a recursos materiais, humanos e de estrutura física, transformou-se em processos mais complexos em que as necessidades de saúde e questões sociais necessitam de profissionais com boa capacidade de análise e ação, aprimoramento de práticas e determinação em alcançar resultados, além de habilidades como liderança para manejar mudanças e desafios que fazem parte do cotidiano e gerenciamento de uma unidade de saúde (Ramires e Santos, 2004).

Ou seja, para cumprir as diretrizes do novo modelo de atenção que se estrutura a partir da ESF é exigido da equipe e principalmente da gerência, o exercício pleno de uma liderança competente, para que a mesma possa mobilizar processos e estratégias organizacionais, com o objetivo de ampliar os espaços de influência do trabalho em saúde, alcançar as metas estabelecidas pela gestão sanitária municipal, cumprir o que está previsto no Plano Municipal de Saúde, na Lei Nº 8.080/1990, buscando a efetivação dos princípios do SUS. Vale apresentar os critérios exigidos ao profissional que pleiteia concorrer ao cargo de gerente de UBS, de acordo com a OSS Viva Rio, responsável pela gestão dos serviços de saúde da AP 3.1, como citado anteriormente. O

candidato precisa atender, no mínimo, 4 das exigências conforme Resolução SMS Nº. 4852 de 31 de março de 2021, que contém os critérios abaixo:

> **“**Art. 1º Fica estabelecido que somente poderá ocupar cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária profissionais que preencham, ao menos, 4 (quatro) dos critérios listados neste artigo:§1º Ter no mínimo 4 (quatro) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.§2º Ter no mínimo 6 (seis) anos de experiência de atuação na área da Saúde em atividade de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária.§3º Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.§4º Ter participado, ao menos, de cinco atividades de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) nos últimos dois anos, antes da nomeação/contratação.§5º Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde.§6º Ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.§7º Ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família.§8º Ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.§9º Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.§10º Ter participado do programa Líderes Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado”
>
> (SMS, 2021)

Recomenda-se a inclusão do Gerente de AB com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB. A gerência é responsável pela coordenação do processo de trabalho das ESF e indutor das ações articulado aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017).

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades da comunidade e do território, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações em saúde. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS (como descrito anteriormente) e que possua experiência na

Atenção Básica. Considerando a complexidade de gerenciar UBS, faz-se necessário investir em projetos de capacitação voltados para a gestão de UBS, uma vez que os cursos ofertados no mercado profissional brasileiro ainda estão muito voltados para a administração hospitalar.

Neste sentido, a criação do curso de graduação em saúde coletiva traz a reflexão sobre a formação do sanitarista. Diferentemente dos outros cursos da área da saúde, que nem sempre agregam aspectos da saúde pública em sua grade curricular, fazendo com que profissionais formados busquem cursos de pós-graduação para complementar o conhecimento na área de saúde coletiva após formação superior. O sanitarista, como um novo profissional que se insere no mercado de trabalho, traz conhecimentos dentro de um paradigma mais abrangente na área da saúde, além da interdisciplinaridade e do caráter político necessário para encarar os desafios atuais no campo da saúde coletiva, considerando que o foco de atuação desses profissionais encontra-se no âmbito da política, gestão e planejamento na condução dos serviços de saúde (Anjos e Pinto, 2006).

Diante disso, o sanitarista torna-se um profissional estratégico que seria capaz de atuar de forma ampliada na perspectiva do novo modelo de gestão e novo modelo de atenção, com domínio na área de políticas públicas, planejamento em saúde, vigilância em saúde, entre outras de extrema importância para a gestão de UBS dentro dos princípios do SUS e diretrizes da ESF.

4.2.4 Melhoria da qualidade do cuidado e Governança Clínica (GC)

O grande desafio do atual modelo de atenção à saúde consiste no rompimento das práticas médico centradas a fim de garantir um cuidado baseado na integralidade e nos determinantes sociais como eixo estruturante e orientador das práticas de saúde, considerando a satisfação dos usuários e envolvendo-os na produção do autocuidado e no controle das questões que envolvem o cuidado em saúde. Assim, Merhy (2013) discute o modelo assistencial e reconhece que os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam o seu rumo maior: o da defesa radical da vida individual e coletiva. Portanto, faz-se necessário construir uma nova maneira de fazer saúde

em uma ampla rede de serviços públicos, para enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos sistemas de saúde, conforme descrito a seguir:

> *"Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados" (Merly, 2013).*

No Brasil, a utilização do termo gestão da clínica é bem recente, embora a maior parte das produções científicas destinadas à discussão de sistemas de saúde, modelos de gestão e de atenção à saúde não utilizam esse termo, problematizam esses e outros elementos como os conceitos de cogestão e de clínica ampliada (Gomes, 2015). Os sistemas de saúde são constituídos por organizações de saúde, que enfrentam todos os problemas inerentes a qualquer outro tipo de organização, desde o equilíbrio entre despesas/receitas até aos problemas na gestão da prestação de cuidados. Por muito tempo as intervenções para melhoria eram realizadas de forma empírica e intuitiva, sem conhecimento de qualquer ciência que as embasassem (Portela, 2000).

O conceito de Governança Clínica (GC) surgiu na década de 1990 e trata-se de um termo que abrange diferentes aspectos, todos focados em adotar os mais altos padrões de excelência para proporcionar o melhor atendimento. Por intermédio disso, agrega e entrega valor em saúde, reduzindo desperdícios e aumentando a qualidade dos processos. A GC foi fundamentada na modernização do NHS (*National Health System*), que é o sistema de saúde pública do Reino Unido. A revisão de pontos essenciais para uma boa assistência em saúde levou ao fomento de boas práticas, consolidadas por meio de um modelo de gestão voltado à qualidade dos serviços. Em 1997, o sistema de saúde inglês iniciou um processo de reestruturação, visando a melhoria da qualidade. Bem-sucedido no Reino Unido, o conceito se espalhou rapidamente por outros países, começando por nações como Austrália e Nova Zelândia. Em seguida, outros territórios de língua inglesa e diferentes idiomas passaram a adotar o modelo em tela.

A revisão de pontos essenciais para uma boa assistência em saúde levou ao fomento de boas práticas em saúde, consolidadas por meio de um modelo de gestão voltado à qualidade dos serviços. Nesse cenário, o próprio NHS define governança clínica como:

> *[...] uma ferramenta através da qual as organizações do National Health Service – NHS do Reino Unido são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e elevados padrões de cuidado, criando um ambiente em que prima a excelência no atendimento clínico.*(Donaldson, 1998).

Embora haja grande volume de informações sobre o que a GC deve visar e porque é importante, ainda existe uma produção científica limitada sobre o processo complexo de implementação de uma política de governança técnica no nível local de prestação de serviços. A implementação da GC requer uma parcela de gerenciamento e a construção de parcerias de liderança com os profissionais envolvidos no processo; assim como exige parcerias entre profissionais e gestores de saúde, e também colaboração interprofissional, com diferentes grupos profissionais com potencial igual para contribuir para a tomada de decisão em torno da organização do trabalho (Gauld, 2016).

Figura 5: Elementos de Governança Clínica (GC) por Nigel Starey

I.	**Educação e treino** – Dada a velocidade com que são produzidos novos conhecimentos na área da medicina, nenhum médico se deve abster da formação contínua em qualquer altura da sua prática clínica e constitui mesmo um dever manter-se actualizado. Vários sistemas, para apoiar a educação médica contínua, têm sido desenvolvidos e apoiados por diversas organizações e patrocinadores. As organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade baseada na evidência.
II.	**Auditoria Clínica** – De uma forma ou de outra, as auditorias têm feito parte da boa prática clínica ao longo de gerações. Em 1989, o White Paper definiu-a como uma «análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente», confrontando-os com critérios de qualidade. O ciclo de uma auditoria clínica começa com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, recolha da informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança.
III.	**Efectividade Clínica** – É a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. A efectividade clínica tem sido promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínica baseadas em evidências resultantes de ensaios clínicos controlados, metanálises e revisões sistemáticas. Para além da efectividade clínica, os aspectos relacionados com a eficiência (custo-efectividade) e com a segurança dos procedimentos devem ser tidos em conta pelos profissionais de saúde. Os responsáveis pela governação clínica dentro das organizações devem incentivar a prática de uma medicina baseada em claras evidências de efectividade explicitando a necessidade de justificar práticas menos efectivas.
IV.	**Desenvolvimento e investigação** – A governação clínica incentiva à investigação, à pesquisa e ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efectividade, de forma a melhorar continuamente os resultados nos utentes.
V.	**Transparência** – A abertura das organizações ao «escrutínio público», salvaguardando a confidencialidade do utente e do prestador de cuidados, é uma parte fundamental da garantia de qualidade.
VI.	**Gestão do risco/ Segurança dos doentes** – A prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização.

Fonte: Santos e Sá, 2010

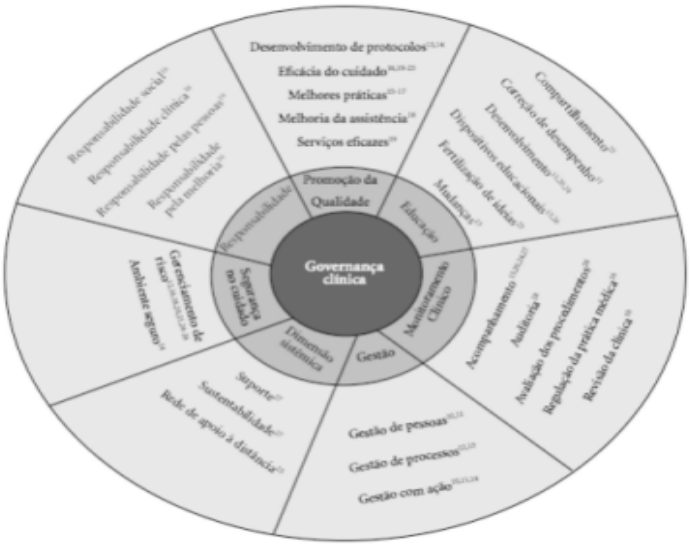
De acordo com a Figura 5 acima e dialogando com Nigel Starey, a Governança Clínica possui 6 componentes, a saber: Educação e treino; auditoria clínica; efetividade clínica, desenvolvimento e investigação, transparência e gestão do risco/segurança do paciente.

Segundo Baker *et al*, 1999, a governança clínica não é um processo independente, ou seja, é necessário que as equipes responsáveis pela oferta de serviços de saúde desenvolvam habilidades e competências importantes para guiar as ações de saúde com qualidade e excelência. Para isso, o Gerente deve potencializar o trabalho da equipe multi e interprofissional fomentando espaços de construção de práticas dialógicas e educação permanente que permitam que os profissionais dominem campos como os sistemas de informação, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde, entre outros que promovam a melhoria contínua da qualidade e a confiabilidade dos serviços de saúde oferecidos à toda população. Assim, a GC é uma estratégia centrada na modernização e entrega de valor agregado em estabelecimentos de saúde. Esse modelo de gestão coloca os serviços ofertados no centro das decisões tomadas pelos gestores, a fim de garantir a centralidade e assistência equitativa do usuário e sua família.

Alguns exemplos de ações dos Gerentes para a instituição da governança clínica são: elaboração de um plano de gestão da clínica construído coletivamente com a equipe, planejamento e definição de ações para a boa governança clínica, relatório de monitoramento e avaliação a ser trabalhado nas reuniões de equipe, identificação de necessidades de aprimoramento dos membros das equipes, bem como fontes de auditoria e apoio para promover capacitação e treinamentos orientados para a melhoria da qualidade e métodos eficazes de boa governança clínica. Além disso, o Gerente deve ser o mediador deste processo, atuando com liderança efetiva nesta condução e elegendo as necessidades prioritárias locais (Roland e Baker, 1999). De acordo com um relato de experiência vivenciado no Espírito Santo e publicado no Portal da Fiocruz acerca da Estratégia da GC para garantia da qualidade do serviço, as entregas esperadas da pesquisa comprovaram os melhores resultados e segurança assistenciais, evidenciando que:

"Os pacientes devem receber tratamento com base no melhor conhecimento científico disponível, seja em âmbito nacional ou local. A assistência não deve variar de acordo com a prática médica prescritora da assistência ou o lugar de atendimento, mas sim na garantia da transparência do seu cuidado com governança de rede ao paciente e sua família" (FIOCRUZ, 2018).

Figura 6: Mapa Conceitual de Governança Clínica (GC)



Fonte: Gomes *et al*, 2013

A Figura 6 representa um sistema que engloba conhecimentos e habilidades tanto individuais quanto coletivas. No contexto de uma grande metrópole, como no município do Rio de Janeiro, onde coexistem oferta de serviços de diferentes complexidades, pode-se supor que o Gerente de UBS tem participação primordial em muitas das dimensões acima ilustradas, tornando-o parte fundamental da cadeia de melhoria das ações de saúde. As atribuições deste profissional serão aprofundadas a seguir. Pode-se supor que tal modelo conceitual acerca da GC seja operacionalizado em diferentes níveis do sistema de saúde, quer seja no âmbito da gestão em nível central/municipal ou na microgestão, nos próprios serviços de saúde.

O estudo de Gomes et al em 2013 demonstra no levantamento bibliográfico realizado um maior enfoque por parte dos artigos para aspectos operacionais, relacionados à gestão da clínica.

Desse modo, as 14 atribuições específicas do gerente de UBS podem ser pensadas à luz desse referencial, no escopo de ações sob sua governabilidade. Sendo assim, outros campos cruciais como a auditoria e apoio externo são importantes na organização do processo de trabalho conduzido pelo gerente, bem como a conquista de confiança dos profissionais das equipes, bem como uma postura de liderança para efetivar a governança clínica e atribuir funções e papéis bem definidos aos atores envolvidos na produção e melhoria da qualidade das ações de saúde (Roland e Baker, 1999).

Quadro 2: Atribuições Específicas dos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde (continua)

Cabe aos Gerentes de UBS:
1- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na PNAB, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
2- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
3- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
4- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações e divulgando os resultados obtidos;
5- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe e promovendo ambiente amistoso;

6- Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
7- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
8- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
9- Conhecer a RAs, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
10- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
11- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
12- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade;
13- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências;

Fonte: Elaboração própria, de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

O Quadro 2 acima foi elaborado considerando a Portaria nº 2.436, de 2017 que traz as responsabilidades de cada categoria profissional na AB, especificando também as dos Gerentes de UBS. Embora haja grande volume de informações sobre o que a governança clínica, avançamos pouco na discussão do complexo processo de implementação de uma política de governança técnica no nível local de prestação de serviços. Isto requer um esforço gerencial para a construção de parcerias de liderança com os profissionais envolvidos no processo; exigindo parcerias entre profissionais e gestores de saúde, bem como a colaboração interprofissional, com diferentes grupos de profissionais com potencial efetivo para contribuir para a tomada de decisão em relação à organização do trabalho (Gauld, 2016).

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa apoiado nos pressupostos de Minayo (2016). Para a autora a pesquisa refaz-se continuamente no processo de investigação científica, numa proposta flexível que caracteriza a existência da intersubjetividade e da reflexividade na construção de significados que os indivíduos atribuem às situações e eventos sociais. Sob esta ótica, ao escolher a UBS como cenário da pesquisa, parto da perspectiva que neste ambiente social, a cultura local e os diferentes saberes se entrecruzam, favorecendo a criação e recriação de formas de pensar, agir e de compreender o mundo.

Ademais, esta pesquisa teve um delineamento do tipo descritivo atendendo aos pressupostos de Gil (2017), por objetivar a caracterização do objeto analisado bem como o estabelecimento das relações entre o fenômeno estudado e a realidade contextual. Este delineamento se justifica, pois, esta pesquisa visou compreender as vivências, potencialidades e os desafios enfrentados pelos gerentes locais, considerando a gestão compartilhada nas UBS e suas

implicações para a qualidade de atenção à saúde ofertada à população adscrita à CAP 3.1 do Município do Rio de Janeiro.

No que concerne a abordagem qualitativa, a mesma é muito pertinente por esta abranger o domínio das significações, convicções, motivações, moral, ambições e comportamentos (Minayo, 2016). Possibilitando assim o melhor entendimento das opiniões dos participantes da pesquisa, bem como as dinâmicas sociais envoltas no objeto de estudo. Esta perspectiva possibilitou captar as reflexões dos participantes do estudo referente à temática em tela.

Convém ressaltar que o processo da pesquisa qualitativa permitiu este olhar amplo para dados únicos. Não cabendo aqui a ideia de uma replicação exata desta forma de fazer pesquisa, mas sim de apreender enquanto a pesquisa por si só toma forma e é construída. A pesquisa qualitativa além de ser uma potente ferramenta para compreensão da lógica interna dos sujeitos, grupos, coletividades e instituições, também é um método muito utilizado em estudos de relações, história, crenças, representações, opiniões e percepções, possibilitando o entendimento de como os seres humanos constrõem seus artefatos e a si mesmos (Minayo, 2016).

Os estudos adotaram também o referencial metodológico de Pasquali (2010) baseados nos três procedimentos (teóricos, empíricos e analíticos), que exigiu o cumprimento de etapas, tais como construção do instrumento, parecer dos juízes e aplicação de procedimentos estatísticos para a validação de conteúdo, que no caso da pesquisa foi uma cartilha de diretrizes para gerentes de UBS.

5.2 Cenário do estudo

A presente investigação teve como local de estudo as UBS da CAP 3.1 situada no município do Rio de Janeiro. A escolha da AP 3.1 deveu-se ao fato de ser uma área diversificada e bastante dinâmica, com um quantitativo de Gerentes considerável, quando comparado às outras áreas do Município do Rio de Janeiro. Além disso, esta CAP foi campo de atuação profissional da pesquisadora durante a residência em Saúde Pública em 2008 e atualmente tem sido o cenário profissional desde junho de 2022. Para melhor entender o

contexto em que se inserem os Gerentes de UBS, segue uma breve caracterização da AP.

5.2.1 Caracterização da Área Programática (AP) do Rio de Janeiro

Segundo Barcellos (2008, p. 47), “os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário”. Para ele, a aproximação dos serviços de saúde com o território é representada por diferentes modelos de atuação, desde o trabalho dos agentes de saúde até a delimitação de áreas na escala intramunicipal para a operacionalização dos distritos sanitários. Isso não significa que a proximidade entre o território e as políticas de saúde se dê apenas na escala local, pois existem outros estudos que abordam esse diálogo em uma escala mais ampla, como os Territórios do SUS apresentados por Oliveira (2005), que investiga as múltiplas relações desenvolvidas entre a população e os serviços de saúde na escala nacional.

Para termos um planejamento com qualidade faz se necessário conhecimento com propriedade do território de atuação, visto que muitas das ações planejadas e desenvolvidas, principalmente no âmbito da saúde, requer conhecimento apurado dos problemas envolvendo a população adscrita, possibilitando o estabelecimento de ações mais apropriadas e resolutivas para a mesma.

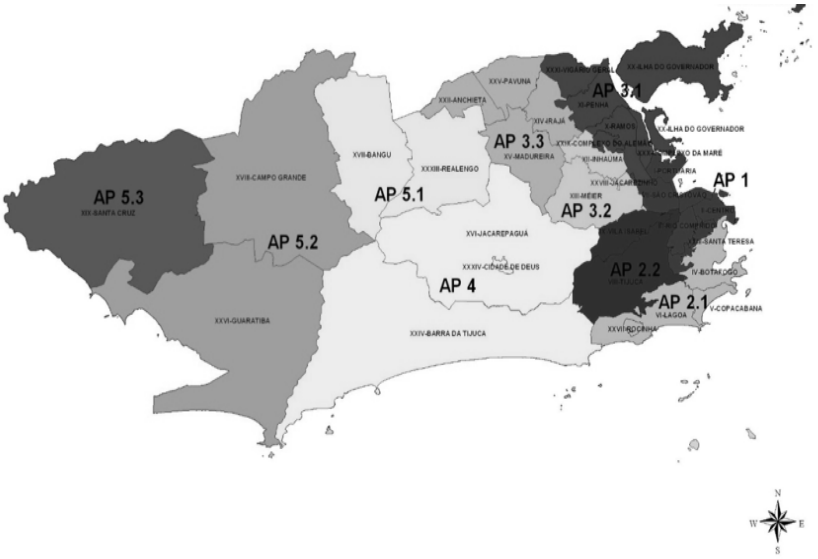
A territorialização em saúde é um método de identificação de expressões geográficas das ações humanas. É saber e prática que, operacionalizados, permitem aos gestores, às instituições, aos profissionais e à população atendida pelo SUS compreender os conflitos gerados na dinâmica socioespacial dos lugares, os múltiplos fluxos que animam os territórios e os diversos espaços da vida cotidiana, revelando como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem, socialmente, suas condições de existência (Gondim e Monkem, 2017). E a Cidade do Rio de Janeiro apresenta diferenciadas unidades territoriais, para efeitos de planejamento e de controle do seu desenvolvimento urbano.

Figura 7: Divisão Territorial do Rio de Janeiro

Fonte: Fiocruz, 2023

De acordo com a Figura 7 acima, as Áreas de Planejamento (5) são estabelecidas pela divisão do território municipal a partir de critérios de compartimentação ambiental, de características histórico-geográficas e de uso e ocupação do solo. São elas: AP 1.0, AP 2.0, AP 3.0, AP 4.0 e AP 5.0. Vale lembrar que a Área programática (AP) 3.1 encontra-se localizada na Área de Planejamento (AP) 3.0, cenário de pesquisa deste estudo.

Figura 8: Divisão das 10 Áreas Programáticas (AP) no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Coordenação da AP 3.1, SUBPAV/SMSDC, 2009.

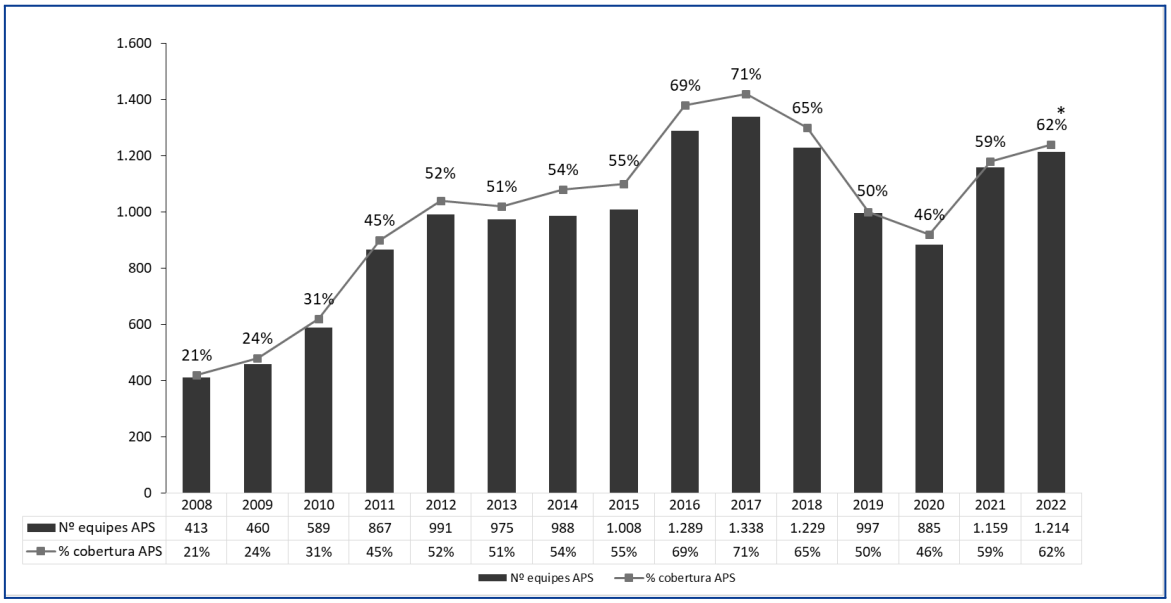
De acordo com a Figura 8 acima, a cidade do Rio de Janeiro se divide em 10 áreas programáticas (AP) e cada uma dispõe de uma Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP), instâncias locais responsáveis pela articulação e organização dos serviços de saúde em consonância com as necessidades do território. São elas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3. O estudo foi realizado na AP 3.1, cuja estimativa populacional total é de 17.264.943 habitantes, referente à competência de dezembro de 2020. Neste mesmo período estima se que 8.210.439 habitantes apresentam cobertura das Equipes de Saúde da Família, o que corresponde a 47,55%., percentual esse que se aproximou de 70% ao final de 2016, como já visto anteriormente (MS, 2022).

Tabela 1: Série de Cobertura de APS no Município do Rio de Janeiro (continua)

ANO	COBERTURA%
2008	21
2009	24
2010	31
2011	45
2012	52
2013	51
2014	54
2015	55
2016	69
2017	71
2018	65
2019	50
2020	46
2021	59
2022	62

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados E- Gestor, 2023

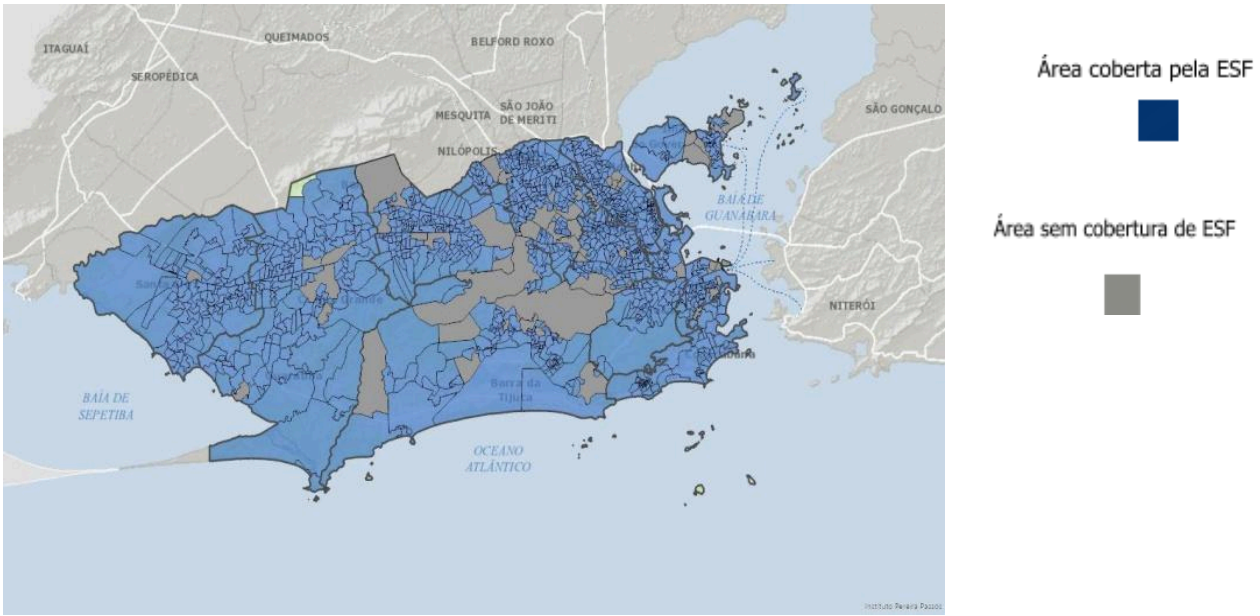
Figura 9: Gráfico da Cobertura da APS no Município do Rio de Janeiro



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº equipes APS	413	460	589	867	991	975	988	1.008	1.289	1.338	1.229	997	885	1.159	1.214
% cobertura APS	21%	24%	31%	45%	52%	51%	54%	55%	69%	71%	65%	50%	46%	59%	62%

Fonte: E-Gestor, 2023.

Figura 10: Mapa da Cobertura da APS no Município do Rio de Janeiro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2023

Vale registrar que os dados foram obtidos pelo E- Gestor, que em Junho de 2022 apresentou estimativas de cobertura incluindo 2021 e 2022. O cálculo de cobertura foi realizado com estimativa de equipe de 3450 pessoas. Foi utilizado o mês de dezembro como referência para pesquisa de cada ano (MS, 2022).

De acordo com a tabela 1, Figuras 9 e 10. A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde. No Brasil, desde 2006, este modelo é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca reorientar o SUS. Esta mudança é parte da reforma da AB que ocorre no Município do Rio de Janeiro (RJ), evidenciado a partir de 2008/2009 quando contava com 3,5% de cobertura e, após quatro anos, atingiu 40% de cobertura pela ESF. Na expansão deste modelo observa-se que áreas que demandam maior necessidade de saúde foram priorizadas, guardando uma relação com o princípio da equidade.

Tabela 2: Quantidades de Unidades de APS no Município do Rio de Janeiro (continua)

N°	Unidades de APS no Município do Rio de Janeiro
236	Unidades de APS,
1.257	Equipes de Saúde de Saúde da Família,
42	Equipes de Atenção Básica,
04	Equipes de Atenção Primária Prisional,
09	Equipes de Consultório na Rua,
436	Equipes de Saúde Bucal,
78	Equipes NASF[5],
11	Policlínicas,
01	Super. Centro Carioca de Saúde
01	Carioca e Centro de Imagem,

02	Centros Municipais de Reabilitação,
18	CEO[6],
04	Laboratórios Regionais de próteses Dentárias.

Fonte: Elaboração Própria, a partir do Plano Municipal de Atenção às Redes de Urgência e Emergência do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro 1ª edição , 2021

De acordo com a Tabela 2 acima, o MRJ é composto de 236 unidades de APS, sendo 1.257 ESF, 42 equipes de AB, 04 equipes de atenção primária prisional, 09 equipes de consultório na rua, 436 equipes de saúde bucal, 78 equipes NASF, 11 Policlínicas, 1 Super Centro Carioca de Saúde, 02 centros Municipais de reabilitação, 18 CEO[6] e 04 Laboratórios Regionais de próteses dentárias.

[5] NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado em 2008 pela Portaria GM/MS N° 154 de 24 de junho de 2008 [6]CEO- Centro de Especialidades Odontológicas. Trata-se de um serviço de referência para a Atenção Primária.

5.2.2 Áreas de Planejamento (AP) 3.0

A Área de Planejamento 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal (SMFP, 2023).

Segundo o Censo 2000, 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro moram na AP 3.0, o que corresponde a 2.353.590 habitantes. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km². Para a área da saúde está subdividida em três:

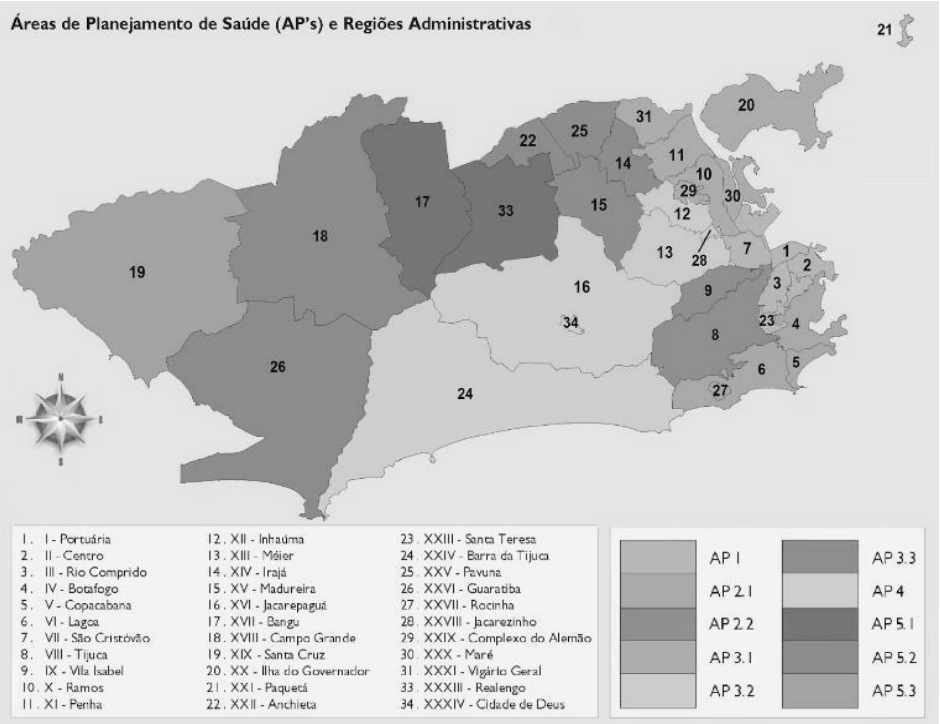
1. AP 3.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso duas linhas férreas a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RA: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.
2. AP 3.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RA: Méier, Inhaúma e Jacarezinho.
3. E por último a AP 3.1 (cenário dessa pesquisa) - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré).

De cada cinco cariocas, dois moram na AP 3 - o maior contingente populacional do município (40,2%). E, de cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade) (SMS, 2000).

A área em tela encontra-se situada geograficamente entre a Baía de Guanabara e a Serra da Misericórdia, abrangendo uma área continental e duas ilhas, a do Governador e a do Fundão. No que se refere às características desse território, a AP 3.1 foi uma das primeiras a iniciar a implantação da reforma, com aumento do número de equipes de saúde da família. Este território é localizado na zona norte da cidade, de acordo com os dados do Instituto Pereira Passos, é uma área com pequena extensão territorial, porém alta densidade demográfica em

decorrência da presença de diversas comunidades, contribuindo para uma situação socioeconômica desfavorável em relação ao restante do município (SMFP, 2023).

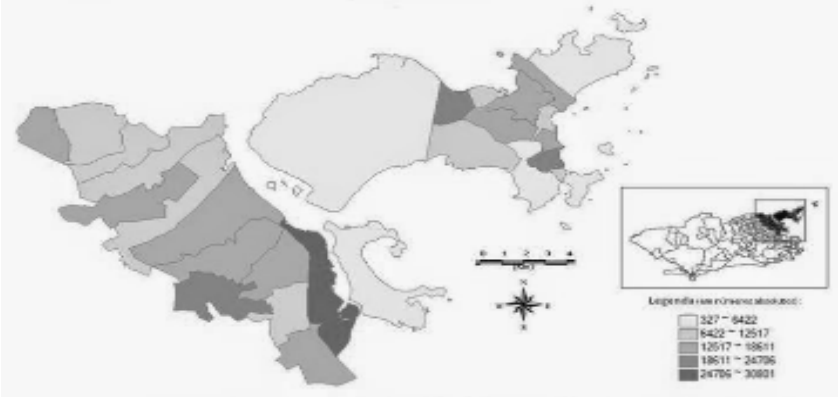
Figura 11: Áreas de Planejamento de Saúde (APs) e Regiões Administrativas (RAs) da Área Programática (AP) 3.1



Fonte: Coordenação da AP 3.1, SUBPAV/SMSDC- Rio de Janeiro, Setembro de 2009.

De acordo com a Figura 11, as Áreas de Planejamento de Saúde (APs) (5) são estabelecidas pela divisão do território municipal a partir de critérios de compartimentação ambiental, de características histórico-geográficas e de uso e ocupação do solo. Em relação às Regiões de Planejamento (6), essas representam a subdivisão das Áreas de Planejamento e o agrupamento das Regiões Administrativas, segundo critérios de homogeneidade específicos, visando apoiar a organização das informações e a integração da ação descentralizada dos órgãos municipais na implementação de políticas públicas setoriais. Já as Regiões Administrativas (33) são formadas por um ou mais bairros, dos 162 existentes na Cidade, com fins administrativos. Assim, atendendo a diferentes finalidades e níveis de discriminação, as unidades territoriais vão se agrupando (SMFP, 2022)

Figura 12: Densidade Demográfica da Área Programática (AP) 3.1



Fonte: CAP 3.1, 2023

A Figura 12 acima traz a densidade demográfica da AP 3.1, baseado no censo de 2010. Mais de 50% dos bairros possuem densidade acima de 12.517, o que nos demonstra uma alta concentração de pessoas residindo por Km^2, considerando que a densidade demográfica da AP 3.1 varia entre 327 e 30.801. Os bairros: Maré, Portuguesa, Complexo do Alemão e Pitangueiras são onde as pessoas mais se concentram (IBGE, 2010).

Tabela 3: Características Demográficas da Área Programática (AP) 3.1 (contínua)

Variáveis	Valores
Área da unidade territorial (Km²)	85,36
População total (2010)	886.551
Densidade demográfica (hab/Km²)	10.386,02
População residente – homens (nº)	422.277
População residente – mulheres (nº)	464.274
Participação do grupo etário 0-14 anos na população (%)	20,8
Participação do grupo etário 15- 64 anos na população (%)	70,0
Participação do grupo etário 65 anos ou mais na população (%)	9,2

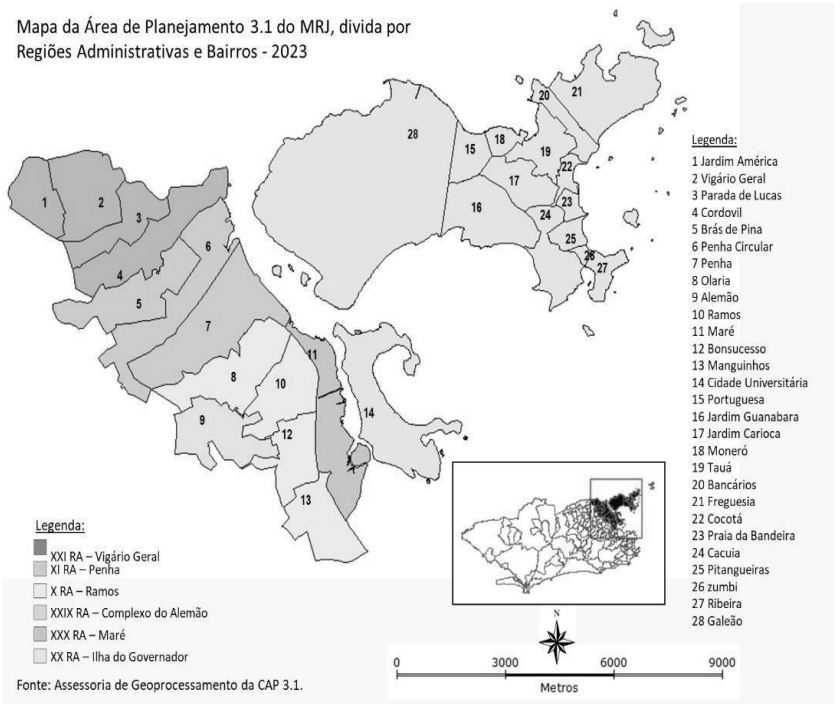
Fonte: Painel Rio, 2023.

A Tabela 3 acima sintetiza as características demográficas da AP. 3.1. A área, segundo o Censo Demográfico de 2010, conta com uma extensão de aproximadamente 85,36 Km². Apresenta como população total 886.551 pessoas. Entre todas as áreas programáticas do município, é a quinta em extensão territorial e a terceira mais populosa, compreendendo 14% da população total da cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, possui uma elevada densidade demográfica de aproximadamente 10.386,02 habitantes por quilômetro quadrado.

Em relação ao quantitativo da população, por sexo, observa-se a mesma tendência do Brasil e da cidade do Rio, onde a população do sexo feminino é superior a do sexo masculino. A participação dos grupos etários na população também se assemelha à nacional e à municipal. Ocorre a predominância da faixa etária entre os 15 e 64 anos de idade, seguida da faixa etária entre 0 e 14 anos de idade e por último a população com mais de 65 anos de idade (IBGE, 2010).

A Área de Planejamento 3.1 possui 28 bairros. Nesta AP, as comunidades/bairros que são objeto do contrato de gestão, Ramos, Complexo da Maré, Complexo do Alemão, Vigário Geral, Penha, Penha Circular, Ilha do Governador, respondem juntos, por uma população de cerca de 265.000 habitantes, ou seja, 29,6% do total da população residente nesta AP. Estas comunidades/bairros apresentam elevados índices de densidade demográfica, isto é, o número de habitantes por Km^2 é bastante superior à média de alguns dos bairros que compõem esta AP (SMS, 2022).

Figura 13: Mapa da Área Programática (AP) 3.1 divididas por Regiões Administrativas (RAs) e Bairros



Fonte: Coordenação da AP 3.1, SUBPAV/SMSDC- Rio de Janeiro, 2009.

A Figura 13 acima concentra os 28 bairros da AP 3.1, que apresenta grande diversidade, são eles:: Maré, Complexo do Alemão, Ramos, Manguinhos e Bonsucesso (Subsistema Leopoldina Sul); Penha, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Vigário Geral, Jardim América e Parada de Lucas (Subsistema Leopoldina Norte); Jardim Guanabara, Tauá, Jardim Carioca, Portuguesa, Galeão, Freguesia-Ilha, Bancários, Pitangueiras, Cacuia, Moneró, Praia da Bandeira, Cocotá, Ribeira, Zumbi e Cidade Universitária (Subsistema ilha do Governador. Das 13 regiões administrativas que compõem a AP 3, apenas 12 são consideradas na pesquisa do IDH. Os dois piores índices do município estão na AP 3.1, apresentando o Complexo da Maré (0,719) e Complexo do Alemão (0,709). Alguns bairros da Área programática 3.1 apresentam um baixo IDH, situando-se entre os últimos lugares no ranking municipal, segundo dados do Instituto Pereira Passos, no ano de 2000.

De acordo com os respectivos dados, o Complexo do Alemão se encontrava na última colocação entre os 126 bairros do município, com um IDHM de 0,711. Entretanto, o bairro Jardim Guanabara ocupava a terceira posição, ficando atrás

apenas de bairros como: Gávea e Leblon. Relacionado a expectativa de vida mais baixa, temos o Complexo do Alemão (64,38 anos), Complexo da Maré (66,03 anos) e Pavuna (67,41 anos). As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertencem às RA de Irajá (de 68,25 para 73,93 anos) com +7,9%. O menor avanço nesse sentido ficou por conta da RA do Complexo do Alemão (+2%), de 62,37 para 64,38 anos. Houve um acréscimo da população de favelas na ordem de 13,4% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP 3.0 viu crescer sua população total em 1,5%.

Apenas duas das regiões pertencentes a AP 3.1 apresentaram renda acima da média municipal: Méier (R$ 619,89) e Ilha do Governador (R$ 616,28). Acima da média da própria AP estavam as seguintes regiões: Irajá (R$ 450,26) e Ramos (R$ 427,62). Todas as demais regiões possuíam médias abaixo de R$ 400,00, sendo que os índices mais baixos pertenciam às regiões do Complexo da Maré (R$ 187,25), Jacarezinho (R$ 177,98) e Complexo do Alemão (R$ 177,31). No que tange a taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (96%), variando de 97% (RA Méier) até 89% (RA Complexo da Maré). Quanto à evolução da taxa, as maiores variações registradas estavam no Complexo da Maré (7,4%), Complexo do Alemão (6,5%) e Jacarezinho (6,1%), sendo esse último. Bairro pertencente a AP 3.2. Na AP 3, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA do Méier (7,7 anos). Pouco atrás, estão a da Ilha do Governador (7,2 anos) e a de Irajá (7,1 anos), todas três acima da média municipal (6,8 anos de estudo) (SMS, 2022).

5.2.3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Área Programática (AP) 3.1

A partir de 2009, observou-se uma expansão da cobertura da ESF no Município do RJ. A previsão de cobertura da AP 3.1 baseada nos recortes territoriais dos setores censitários do Censo 2010 é estimada em 534.577 (60% da população da AP 3.1) .Em relação aos serviços de APS, a região apresentava cobertura de ESF de 62%, em 2022, quando dei início ao estudo em tela (IBGE, 2020).

Figura 14: Unidades de Atenção Primária à Saúde da Área Programática (AP) 3.1

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, 2023

De acordo com a Figura 14 acima, as unidades de APS obedecem à uma carteira de serviços normatizada pela gestão municipal, que define a oferta de ações em saúde oferecidas à população, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado e a máxima resolutividade das equipes. Tais ações correspondem, por exemplo, aos procedimentos diagnósticos, consultas, procedimentos cirúrgicos, saúde bucal, dentre outros. Algumas unidades são capazes de realizar serviços adicionais (pequenas cirurgias, por exemplo), ampliando a capacidade resolutiva dos profissionais (MS, 2019).

Quanto aos modelos de atenção, às unidades da Atenção Básica do município são classificadas em: Unidades tipo A onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; Unidades Mistas ou tipo B onde somente parte do território é coberto pelo Saúde da Família e Unidades tipo C onde ainda não há equipe de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido (SMS, 2011). As Clínicas da Família (CF) são unidades de atenção que promovem a saúde, e buscam a prevenção de doenças realizando atendimento individual (de forma programada ou não), visitas domiciliares e grupos de atenção.

Já os Centros Municipais de Saúde (CMS) são unidades para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma

programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas. Em se tratando das Policlínicas (POL) são unidades de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

Quadro 3: Unidades Básicas de Saúde da Área Programática (AP) 3.1, segundo Modelos de Atenção e Bairros de Localização (continua)

Classificação	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Nº Equipes	Bairros
A	CF Adib Jatene	8	Complexo da Maré
A	CF Aloysio Augusto Novis	8	Penha Circular
A	CF Assis Valente	7	Ilha do Governador
A	CF Augusto Boal	6	Complexo da Maré
A	CF Diniz Batista dos Santos	6	Complexo da Maré
A	CF Eidimir Thiago de Souza	6	Cordovil
A	CF Felippe Cardoso	14	Penha
A	CF Heitor dos Prazeres	6	Brás de Pina
A	CF Jeremias Moraes da Silva	8	Complexo da Maré
A	Joãosinho Trinta	6	Vigário Geral
A	CF Klebel de Oliveira Rocha	7	Complexo do Alemão
A	CF Maria Sebastiana de Oliveira	6	Ilha do Governador
A	CF Nilda Campos de Lima	8	Cordovil
A	CMS Parque Royal	2	Ilha do Governador
A	CF Rodrigo y Aguilar Roig	4	Complexo do

			Alemão
A	CF Valter Felisbino	7	Complexo do Alemão
A	CF Victor Valla	6	Manguinhos
A	CF Wilma Costa	7	Ilha do Governador
A	CF Zilda Arns	14	Complexo do Alemão
A	CMS Vila do João	7	Complexo da Maré
A	CMS Iraci Lopes	2	Vigário Geral
A	CMS João Cândido	2	Complexo da Maré
B	CMS Germano Sinval	7	Manguinhos
B	CMS José Breves dos Santos	6	Cordovil
B	CMS José Paranhos Fontenelle	7	Penha
B	CMS Madre Teresa de Calcutá	8	Ilha do Governador
B	CMS Maria Cristina Roma Paugartten	8	Ramos
B	CMS Nagib Jorge Farah	11	Jardim América
B	CMS Necker Pinto	5	Ilha do Governador
B	CMS São Godofredo	4	Penha
B	CMS Américo Veloso	4	Ramos
B	POL.Newton Alves Cardoso	11	Ilha do Governador

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Em relação ao Quadro 3 acima, 22 unidades classificam-se como do tipo A (CF com Esf), 10 unidades do tipo B (CMS) e nenhuma unidade do tipo C Tais unidades (A e B) estão localizadas em bairros distintos. Vale ressaltar que apenas as unidades do tipo A terão gerentes participantes do estudo em tela

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais da saúde que atuam como gerentes de UBS na CAP 3.1 do município do Rio de Janeiro, lotados em unidades do tipo A, onde todo o território é coberto pela Saúde da Família.

5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: Os sujeitos fossem gerentes de serviços de saúde da AP 3.1 que tivessem pelo menos 06 meses de experiência na gestão local das UBS e estivessem lotados, no período de coleta dos dados, em Clínicas da Família. Ou seja: unidades classificadas do tipo A.

O motivo da escolha das Clínicas de Família decorreu do fato das mesmas possuírem uma infraestrutura de melhor qualidade quando comparada aos Centros Municipais de Saúde (CMS), já que esses, geralmente, são adaptados em estruturas que já existiam, como anexo de escolas, associação de moradores, entre outras. Considerando a infraestrutura um elemento importante para o processo de trabalho das equipes, e que pode influenciar na gestão de inúmeros processos, optou-se por essa seleção.

Em relação aos critérios de exclusão, estes foram: gerentes que não estivessem desenvolvendo suas atividades regularmente, por um período mínimo de 30 dias à data da coleta de dados, em decorrência de afastamento de qualquer natureza (férias e/ou licenças médicas).

5.4 Procedimentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por intermédio da técnica de entrevista não diretiva. A entrevista não-diretiva é originária de uma técnica psicoterapêutica, centrada no cliente e desenvolvida por Carl Rogers utilizada para obter informações baseadas no discurso livre do entrevistado; e pressupõe que o informante é competente para exprimir com clareza sua experiência, é uma maneira de receber informações do entrevistado da forma que ele desejar, manifestar em seus atos o significado que têm no contexto em que eles se

realizam, podendo revelar tanto a singularidade quanto a historicidade dos atos, concepções e ideias (Chizzotti, 2005).

Na primeira etapa deste estudo, para a realização da entrevista foi utilizado um questionário aplicado pela pesquisadora principal por meio de roteiro previamente elaborado (Apêndice IX). Esse questionário trouxe muitos sentidos e significados ao estudo. Isto porque o instrumento de coleta de dados utilizado teve como objetivo, caracterizar o perfil destes gerentes de serviços de saúde, assim como suas vivências e desafios na perspectiva da gestão local que tem que responder a diferentes atores sociais, pela SMS representada pela CAP e a OS responsável pela prestação dos serviços contratualizados.

A pilotagem do instrumento (pré-teste) ocorreu a partir da aplicação do questionário aos gerentes atuantes na ESF, lotados nas unidades localizadas na CAP 3.3, diversa àquela selecionada como cenário da pesquisa, somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, em junho de 2023. Para pilotagem do questionário de entrevista foi utilizado o instrumento de pilotagem conforme (Apêndice I). Cabe destacar ainda que a pilotagem do roteiro de entrevista, previamente elaborado, serviu para fins de apropriação da técnica pela pesquisadora e avaliação da capacidade do roteiro em captar os fenômenos observáveis. Após a aplicação do instrumento de pilotagem , foi realizada uma discussão dessa experiência no grupo de pesquisa do qual a pesquisadora, orientador e co-orientador fazem parte e o instrumento teve a sua versão final validada para aplicação neste estudo, após a confecção dos ajustes oriundos da pilotagem.

Esse instrumento já validado foi aplicado presencialmente nas clínicas de atuação dos gerentes entrevistados na Cap 3.1, em ambiente reservado e sem interrupções e as entrevistas foram devidamente gravadas, em formato MP4 e posteriormente transcritas pela pesquisadora pelo software Reshape. Este software é um aplicativo para conversão de áudio em texto, garante transcrição de alta precisão com conversão precisa e segura.

Desta forma esperou-se que o procedimento e técnica de coleta de dados que foram utilizados (roteiro de entrevista não diretiva) permitissem o

aprofundamento da realidade dos gerentes de UBS. Considera se que assim, tenha sido possível conhecer e interpretar as vivências, as potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos Gerentes de UBS na CAP 3.1. Até porque estes profissionais são considerados peça-chave nas questões técnicas e burocráticas pertinentes ao cotidiano de trabalho em uma UBS, na perspectiva de um novo modelo de gestão vigente no Rio de Janeiro desde 2009.

O período de coleta de dados ocorreu de julho a outubro de 2023 de acordo com o cronograma das atividades deste projeto que se encontra no (Apêndice XVIII). Foi elaborado ainda um orçamento para previsão dos gastos da pesquisa (Apêndice XVII).

5.5 Tratamento dos dados

Os dados coletados foram devidamente armazenados em software do excel e as informações capturadas como fontes primárias foram interpretadas e analisadas a partir da análise temática segundo recomendações de Laurence Bardin (2011), mediante a apresentação em categorias temáticas.

Segundo Bardin (2011), é indicado a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Na primeira fase foi utilizado uma leitura flutuante, que consistiu em uma verificação primária do conteúdo, ou seja, uma interpretação de maneira resumida no discurso dos participantes da pesquisa. Na segunda fase ocorreu a exploração do material, que foi uma investigação codificada das unidades coletadas, onde a pesquisadora retirou das falas dos entrevistados unidades de sentido, cerne daquele discurso. Na terceira fase foi feito o tratamento dos resultados, onde a pesquisadora buscou tornar significativo e válido os dados colhidos, criando assim um meio de divulgação desse conteúdo, a fim de tornar visível a essência das manifestações dos gerentes de UBS

5.6 Produção e validação da Cartilha de Diretrizes

Após a coleta dos dados empíricos foi realizado um levantamento bibliográfico complementar para embasar o diagnóstico situacional. Com isto, foi possível a análise e discussão das entrevistas, bem como a elaboração da versão alfa (preliminar) da cartilha digital que foi direcionada aos profissionais que atuam no cenário pesquisado no Município do Rio de Janeiro. Nessa fase, foram consultadas as recomendações do Ministério da Saúde, além de artigos científicos (pólo teórico), relacionados às boas práticas de gestão na APS. A confecção do texto da cartilha levou em consideração também os dados obtidos nas entrevistas (pólo empírico). Em sequência, com auxílio de designer gráfico, foi elaborada a arte, por meio da confecção de figuras e formatação, configuração e diagramação das páginas, concluindo a fase de construção da versão alfa (preliminar) do material.

A cartilha, recebeu como título a denominação de “Cartilha de Diretrizes Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro” , e na sequência foi submetida ao procedimento de validação, quanto ao conteúdo e à aparência, por um Comitê de Especialistas na área de interesse (assunto da cartilha) que atuaram como juízes. Estes juízes foram distribuídos em categorias de avaliação para análise do conteúdo e/ou design e marketing do material educativo, tendo como referência a experiência profissional e competência metodológica e técnica relativa ao conteúdo da tecnologia a ser avaliada.

Em relação aos juízes especialistas, estes foram selecionados por meio da amostragem do tipo “bola de neve”, que se caracteriza como uma amostragem por conveniência bastante utilizada quando o grupo a ser selecionado é composto por pessoas com características específicas e difíceis de serem encontradas. Foram adotados os seguintes critérios de seleção para os juízes de conteúdo e design: formação acadêmica na área da saúde ou educação, atuação profissional na ESF (ensino, pesquisa, extensão), produção científica consistente na área de conhecimento da cartilha (gestão e/ou APS). Para os juízes de design foram adotados os seguintes critérios de seleção: preferencialmente experiência comprovada de, no mínimo, um ano, em alguma

das seguintes áreas: comunicação digital e off-line; assessoria em design, comunicação, marketing digital; analista de marketing digital; criação; web designer; publicidade e propaganda (Pereira *et al*, 2011).

Foi realizada uma avaliação do currículo lattes dos candidatos a juízes indicados pelo método “bola de neve”. Elaborou se uma planilha no excel com fórmulas e considerou se os seguintes critérios avaliados via currículo lattes: Doutorado (2 pts), Mestrado (4 pts), Publicação em Resumos/ anais (1 pts), especialistas em design (4 pts), tempo de atuação na aps mais de 1 ano (4 pts), tempo de atuação em ensino na APS (2 pts). O corte mínimo para ser selecionado a juiz foi 8 pts.

Logo, foi enviada uma carta convite por WhatsApp/ e mail para os juízes que atingiram a pontuação mínima exigida (Apêndice II) e aqueles que aceitaram participar da pesquisa tiveram acesso online, por meio da ferramenta Google Forms® ao: TCLE para juízes, versão alfa da cartilha, e protocolo de validação conforme detalhado nos instrumentos de avaliação dos juízes. O prazo para retorno do contato foi de 10 dias corridos, tendo sido concedido novo prazo de mais 05 dias corridos. Após as considerações dos juízes, foram realizados os ajustes necessários no material educativo, para prosseguir com a validação da cartilha, pelo público-alvo, com a versão beta, já modificada.

O questionário de avaliação de conteúdo encaminhado aos juízes de conteúdo foi adaptado pela pesquisadora seguindo as recomendações de Pontes, Domingues e Kaizer (2021) conforme disposto no (Apêndice III) e está estruturado em: I – informações referentes à área de atuação profissional e produção científica do juiz/especialista; II – escala tipo Likert, com níveis variando de 1 = inadequado, 2 = parcialmente adequado, 3 = adequado, 4 - totalmente adequado, sobre itens relacionados aos objetivos; estrutura e apresentação; e relevância da cartilha. Para a validação da cartilha com os juízes de design foi utilizado o questionário Suitability Assessment of Materials (SAM) (Apêndice IV).

Estes juízes também foram questionados quanto à atuação profissional e produção científica. Em seguida, responderam questões contidas em uma

escala tipo Likert, com níveis variando de 1 = inadequado, 2 = parcialmente adequado, 3 = adequado, 4 = totalmente adequado, quanto aos itens referentes à cartilha educativa. Para a análise desses resultados, foi empregado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para validação dos instrumentos, sendo considerado item validado o que apresentou valor igual ou superior a 0,80, tanto para a validação de conteúdo, como para a validação de designer. O cálculo do IVC foi feito a partir da somatória das respostas “3” e “4” de cada juiz em cada item do questionário, com a somatória dividida pelo número total de respostas. Os itens que receberem pontuação “1” ou “2” foram revisados ou eliminados, e validados quando apresentarem sugestões para alterações.

Além disso, o Coeficiente de Validação (CVC) também foi aplicado, a partir da somatória de todas as respostas de cada juiz em cada item do questionário de cada instrumento, com o cálculo de erros e média entre os valores. Posteriormente, foi aplicado o teste binomial com extração do P valor no programa estatístico *SPSS*, a fim de constatar se o estudo possui evidência suficiente para considerar a hipótese como verdadeira. O *p valor* foi considerado quando >0,05, sendo possível excluir a hipótese nula.

Seguidamente, o método Kappa foi aplicado no programa entre dois avaliadores aleatórios para que pudesse ser avaliado o nível de concordância entre os dados dos avaliadores. Segundo Landis e Koch, sua interpretação foi dada por: Insignificante(menor que 0); Razoável (entre 0,21 e 0,4); Moderada (0,41 e 0,6); Forte (0,61 e 0,8). O método Alfa Cronbach foi empregado para que avaliasse a confiabilidade dos dados obtidos, sendo considerado confiável a partir de 0,7 (Almeida, Santos e Costa, 2010).

O método de análise através da técnica Delphi também foi aplicado, tendo o objetivo de analisar as avaliações dos juízes de cada termo proposto no questionário a partir de rodadas sucessivas, o que pode ser ajustado de 2 a 4 de acordo com a necessidade do pesquisador. O instrumento é realizado em rodadas, na qual as perguntas são respondidas de forma quantitativa (Escala Likert), com justificativa qualitativa. Assim, a análise das respostas é devolvida para os especialistas, até que consigam entrar em um consenso, a fim de gerar sugestões e aperfeiçoamento no produto (Zarili *et al*, 2021).

Após as considerações do público alvo, foram realizados, pela pesquisadora, os ajustes necessários no material, para prosseguir com a validação do material educativo, a fim de concluir esse processo mediante a elaboração da versão definitiva da cartilha, já devidamente validada.

A validação da cartilha pelo público alvo (gerentes entrevistados na cap 3.1 e gerentes entrevistados na cap 3.3- pilotagem) ocorreu mediante a aplicação de um questionário de avaliação específico. O questionário de avaliação destinado ao público-alvo foi dividido em duas partes, a primeira, contendo informações de identificação e, a segunda, representando a área de avaliação da cartilha. O instrumento educativo foi avaliado de acordo com a adequação dos itens: “Sim”, “Não” ou “Em Parte” (Apêndice V). Os itens foram considerados validados quando apresentarem concordância mínima de 75% nas respostas positivas. Os itens com índice de concordância menor serão considerados passíveis de alteração.

As variáveis da cartilha que foram consideradas para validação são: linguagem-pertinência,linguagem-abrangência,linguagem-clareza,
layout-pertinência, layout-clareza, ilustração-pertinência e ilustração-clareza. A pertinência se relaciona aos conceitos apresentados na cartilha e buscaram refletir as informações fundamentadas na literatura científica, relevância à situação apresentada no material educativo e adequados ao objetivo proposto; a clareza diz respeito à redação dos itens, ou seja: se o texto expressa apropriadamente o que se deseja medir e se traduz fielmente o conceito desejado; e fim, a abrangência deve abarcar às informações de forma suficiente para atingir o objetivo de cada tópico da cartilha.

Após as considerações do público alvo (os 24 deram devolutiva em tempo hábil), foram realizados, pela pesquisadora, os ajustes necessários no material, para prosseguir com a validação do material educativo, a fim de concluir esse processo mediante a elaboração da versão definitiva da cartilha, já devidamente validada.

5.7 Procedimientos éticos

Cabe destacar que a presente pesquisa não possuiu caráter supérfluo, vexatório, sendo a participação dos gerentes gratuita, voluntária e por adesão. Ademais, a pesquisadora principal se comprometeu em fazer valer a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, que versa sobre a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como a resolução Nº 674, de 06 de maio de 2022, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Brasil, para a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, criado pelo CNS do Brasil. Desta forma foi preservada a privacidade, o anonimato, as crenças, os valores morais e autodeterminação dos participantes do estudo.

Respeitando as normas e diretrizes estipuladas pela comissão, para isso o trabalho pautado nos direitos humanos e focado em preservar as identidades dos gerentes de UBS analisados pelo estudo. A proposta deste estudo foi apresentada ao gestor da CAP 3.1 para obtenção de autorização da realização da coleta de dados na instituição selecionada para o estudo, por meio da assinatura do Termo de Anuência (TA) (Apêndice VI). Os participantes da pesquisa e juízes que compuseram o comitê de especialistas para validação do Produto Técnico-Tecnológico (PTT) foram convidados a participar do estudo por meio da formalização de um convite e apresentação dos respectivos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices VII e VIII) como requisito fundamental para sua participação na pesquisa.

O projeto foi submetido a todas as instâncias de apreciação conforme determinação legal. Foi solicitado o cadastramento na Plataforma Brasil (PB) e Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo sido aprovado conforme parecer Nº 6.436.048 do CEP/EEAN/HESFA/UFRJ, registrado sob a CAAE Nº. 70553823.0.3001.52M79. A pesquisa foi autofinanciada, sendo cobertos gastos com transporte, alimentação, impressões e demais materiais e gastos com o financiamento da própria. A pesquisa não ofereceu nenhum tipo de gasto ou remuneração aos participantes, por ser uma pesquisa expressamente voluntária. A confidencialidade e privacidade dos participantes foram respeitadas, sendo

realizada a pesquisa em local privativo, além dos resultados serem utilizados somente para fins científicos, garantindo o sigilo.

Após aprovação do projeto no CEP, ocorreu a etapa de coleta de dados em duas fases. Na primeira fase organizacional, foi realizado um levantamento do quantitativo de gerentes na área programática escolhida, a Cap 3.1. Na sequência se deu o planejamento da segunda fase que consistiu na captação/recrutamento dos participantes, com abordagem individual e apresentação do projeto, assim como a assinatura do TCLE.

5.7.1 Riscos, desconfortos e benefícios

A pesquisa não teve nenhuma finalidade supérflua, vexatória ou fiscalizadora para os gerentes de UBS que atuam na CAP 3.1. Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Foi garantido o sigilo, bem como anonimato capturados por meio do questionário.

O risco desta pesquisa compreendeu basicamente desconforto emocional, caracterizando a pesquisa como de risco mínimo. Para minimizar esse risco a pesquisadora adotou as seguintes precauções, a fim de garantir o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos participantes: a) cegagem dos entrevistados atribuindo aos participantes pseudônimos; b) restrição do acesso ao banco de dados primários da pesquisa, mantendo a guarda da senha pela pesquisadora responsável.

No que diz respeito aos benefícios, esta investigação contribuiu para a elaboração de um instrumento de apoio e ferramenta de gestão (cartilha de diretrizes). No tocante a pesquisa, essa investigação trouxe à luz os impactos da gestão compartilhada para a prática profissional dos gerentes de UBS. Espera-se que este estudo possa servir de instrumento de discussão, crítica e reflexão dos profissionais que atuam na gestão local da APS.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

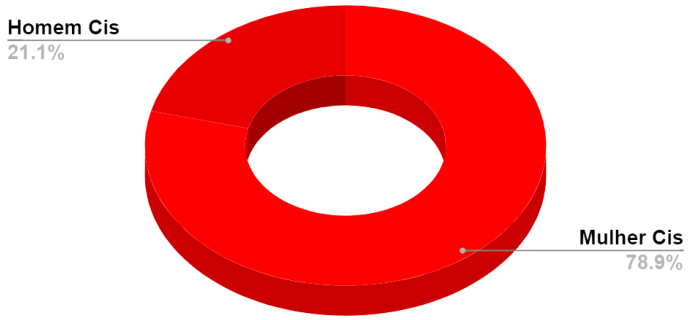
6.1. Caracterização dos Sujeitos do Estudo

A partir da análise mencionada, foi possível conhecer o perfil dos 19 profissionais de saúde atuantes na área gerencial das respectivas unidades da Cap 3.1 que compactuaram com a entrevista, em uma perspectiva de aperfeiçoamento e contribuição para o processo de trabalho do meio e seus desdobramentos. Vale registrar que a pilotagem contou com a participação de 5 gerentes atuantes na Cap 3.3.

6.1.1 Perfil Pessoal dos Participantes

Os primeiros aspectos avaliados foram a identidade de gênero dos participantes e também a orientação sexual dos mesmos, alocados na configuração do perfil pessoal dos participantes.

Gráfico I : Identificação da Identidade de Gênero dos participantes

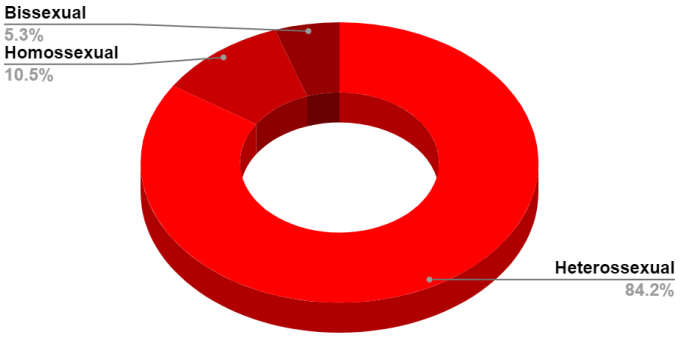


Fonte:Elaboração Própria, 2023

Através do Gráfico I é possível identificar a presença majoritária de mulheres Cis (78,9%) nos serviços de saúde, e em segundo plano, os homens Cis (21,1%). Não foram observados homens ou mulheres trans, não binários, travestis, ou outros. Este cenário corrobora ao fato da maior assiduidade de mulheres em graduações da área de saúde.

Assim, o Brasil segue a tendência mundial da crescente participação da mulher como força de trabalho, sendo fatores relacionados como o patamar de escolaridade que é atualmente maior do que o sexo masculino, atrelado a uma remuneração inferior (Wermelinger *et al*, 2010). Além disso, a posse de alguns atributos pessoais decorrentes das características do gênero gera flutuações nesse novo formato de ativação da economia (Wermelinger *et al*, 2010).

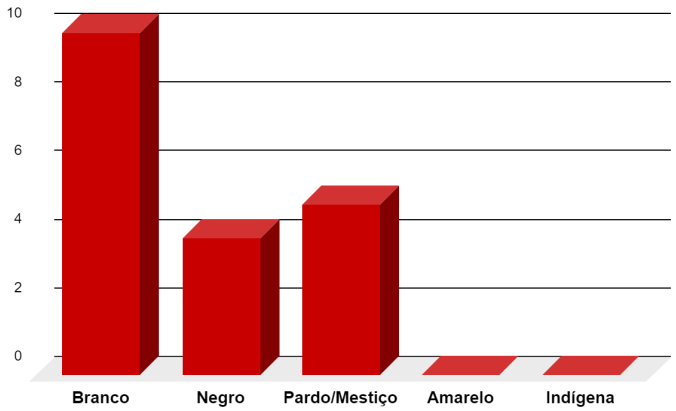
Gráfico II: Identificação da Orientação Sexual dos participantes



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Por meio do Gráfico 2, observou-se a maior presença de profissionais heterossexuais (84,2%), homossexuais (10,5%) e bissexuais (5,3%). Contudo, não foram declarados gerentes assexuais, nem tampouco pansexuais. Esta configuração pode se estreitar ainda mais pelo grande e ainda significativo preconceito com orientações sexuais diversas, a qual acabam sendo menos declaradas, enfatizando no cenário do mercado de trabalho.

Gráfico III : Identificação de Raça/Cor dos Participantes



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Do mesmo modo, foi avaliada a autodeclaração dos gerentes de acordo com sua raça/cor, ilustrado no Gráfico III. Assim, foi vislumbrado um quantitativo de 52,6% de pessoas declaradas brancas, 26,3% de pardos e 21,1% de negros. Não houveram citações de pessoas indígenas ou consideradas amarelas. Somando-se negros e pardos, iguala-se ao percentual de pessoas brancas. Este arranjo pode reportar-se novamente às iniquidades em oportunidade de acesso e escolaridade.

É importante frisar, ainda, que há a existência de um racismo institucional que deixa a maior parte dos setores empregatícios constituídos por pessoas brancas, remetendo a um maior privilégio em níveis de contratação, educação, e menor valorização social (Valério *et al*, 2021). Além disso, a própria inserção no nível superior segue inferior e desigual, refletindo em menor remuneração e estabilidade financeira (Valério *et al*, 2021).

Tabela 4 : Identificação da Idade dos Participantes

Faixa Etária	Valor Absoluto	%
Menos de 25 anos	0	0
26-30 anos	2	11

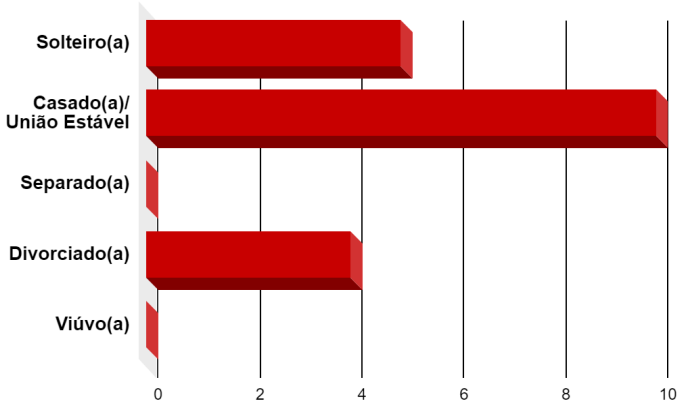
31-40 anos	14	74
41-50 anos	3	15
50 anos ou mais	0	0

Fonte:Elaboração Própria, 2023

Como demonstrado na tabela 4 acima, foi notado um maior número de gerentes na faixa etária entre 31 e 40 anos (74%), 41 e 50 anos (15%) e 26 a 30 anos (11%), respectivamente. Não encontrou-se profissionais com 50 anos ou mais, nem tampouco menores de 25 anos.

6.1.2 Perfil Social dos Entrevistados

Gráfico IV : Identificação de Estado Civil/Parcerias Afetivas



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Voltando-se para o estado civil, de acordo com o gráfico IV acima, observou-se o maior contingente de profissionais casados/união estável (53%), divorciado (21%) e solteiros (26%).

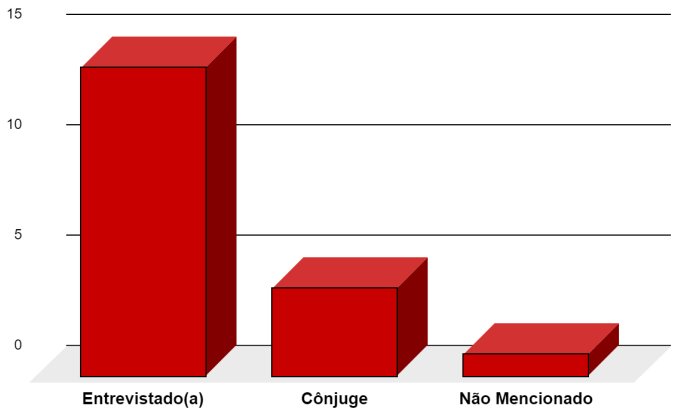
Tabela 5 : Dados Sociodemográficos dos Participantes

Faixa de Renda	Valor Absoluto	%
Entre 1 até 3 Salários mínimos	0	0
Entre 3 até 5 Salários mínimos	1	6
Entre 5 até 7 Salários mínimos	9	47
Mais de 7 salários mínimos	9	47

Fonte:Elaboração Própria, 2023

Do mesmo modo, na tabela 5 pode ser visualizado a configuração das famílias, em relação ao maior aporte financeiro para despesas gerais. Assim, a maior parte dos entrevistados são chefes de família, sendo 74% do total. A responsabilidade mais significativa por meio dos cônjuges é de 21%, e 5% não mencionaram a situação.

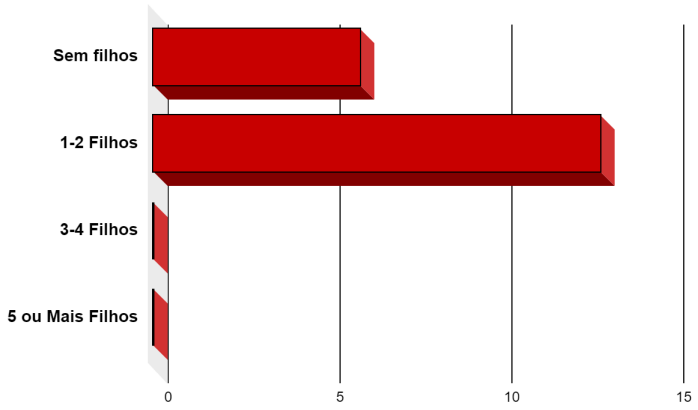
Gráfico V: Identificação dos chefes de Família



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Analisando o Gráfico V, a maior parte dos entrevistados possui casa própria (68,4%), não sendo mencionada a necessidade de moradias em residências de familiares, ou cedidas. Em sua maioria, habitam casas entre 7 e 8 cômodos, dividindo as dependências com 3 a 4 pessoas.

Gráfico VI: Quantidade de Filhos dos participantes

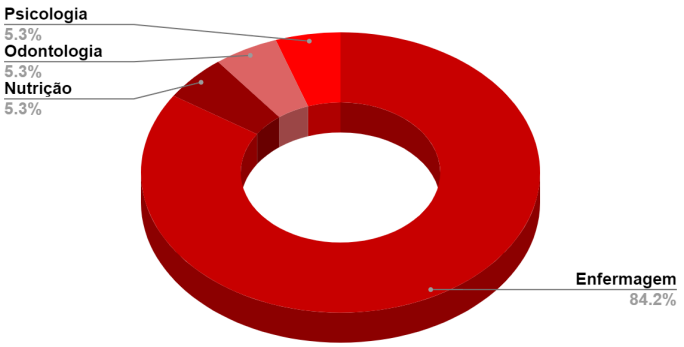


Fonte:Elaboração Própria, 2023

O Gráfico VI traz a quantidade de filhos dos participantes. A maioria dos respectivos gerentes possuem 1 a 2 filhos (68,4%), e 31,6% não possuem filhos. Dentre os que são pais ou mães, a maior parte necessita de uma rede familiar para o cuidado com seus filhos (69,2%).

6.1.3 Perfil Pessoal dos profissionais entrevistados

Gráfico VII: Área de formação dos profissionais

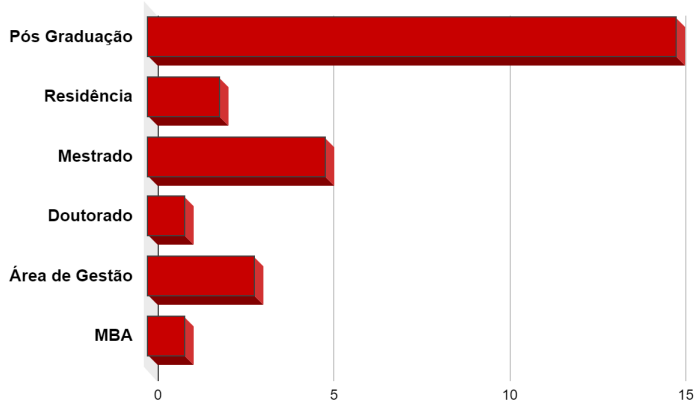


Fonte:Elaboração Própria, 2023

Através do Gráfico VII foi verificada a área de formação dos profissionais que atuam como gerentes de UBS, sendo (84,2%) dos profissionais, enfermeiros. Psicologia, Odontologia e Nutrição, tiveram (5,3%) de citação. Nenhuma das outras áreas foram mencionadas como formação, ressaltando a ausência de médicos como gerentes de unidades, tendo a percepção que é mais vantajoso financeiramente atuar no processo assistencial do que na gerência para esta categoria.

O maior número de enfermeiros atuantes no cargo de gerência, apesar de dificuldades sistemáticas enfrentadas no dia a dia, dá-se por sua formação, sendo priorizado a constante coordenação do cuidado dentro do serviço, buscando a qualificação e monitoramento do pessoal envolvido na assistência, possuindo maior capacitação dentro dos processos de trabalho, e maior propensão de crescimento profissional (Trigueiro *et al*, 2014).

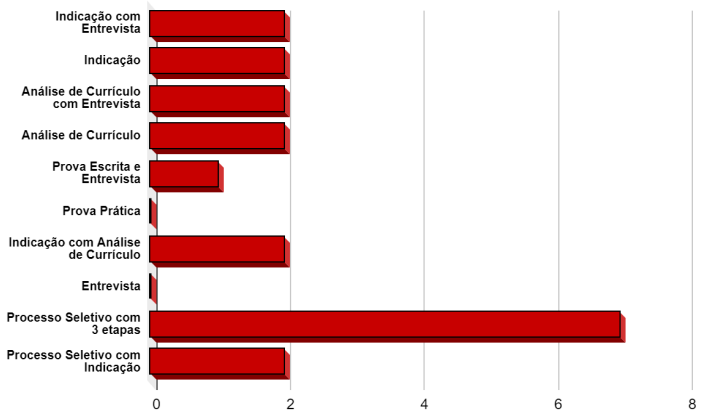
Gráfico VIII: Grau de Formação dos Profissionais



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Foi percebido através do Gráfico VIII o grau de formação dos profissionais no decorrer de sua trajetória acadêmica, o nível de pós-graduação (55,6%), seguido de mestrado (18,5%), e posteriormente algum título na área de gestão em saúde (11,1%).

Gráfico IX: Forma de contratação dos profissionais

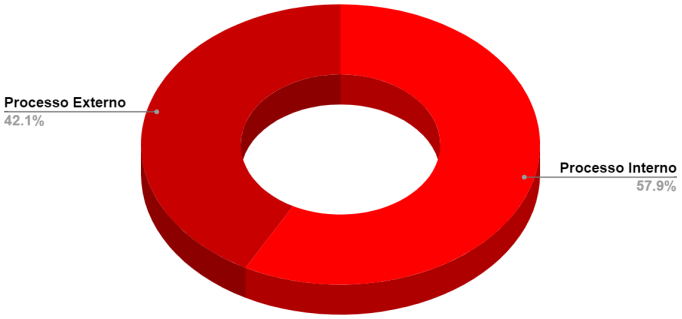


Fonte:Elaboração Própria, 2023

O Gráfico IX apresenta a forma de contratação dos profissionais. A maior parte dos gerentes (35%), ao se candidatar à vaga, participou de processo seletivo com 3 etapas (análise de currículo, entrevista e prova escrita). Seguidamente, alguns passaram pelas mesmas etapas, mas também com indicação (10%). Apenas (5%) dos profissionais não passaram por nenhuma etapa do processo seletivo, entrando somente com indicação de terceiros.

Nota-se que a maioria dos profissionais possuem algum tipo de especialização. Isto é reflexo do novo cenário do país, o qual possui uma configuração de maior demanda e competitividade entre os profissionais, gerando assim, uma maior necessidade do ingresso em especialização, remetendo a uma constante qualificação para que seja possível se manter no mercado de trabalho crescimento ao setor de serviços e desenvolvimento científico (Gondim, 2002 e Ceccim, 2007)

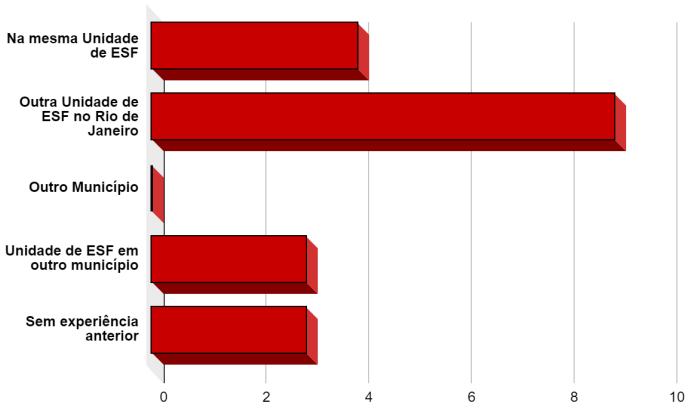
Gráfico X: Processo de contratação dos profissionais



Fonte:Elaboração Própria, 2023

Além disso, como expresso no gráfico X, a maioria dos gerentes de serviços de saúde entraram no serviço por meio de processo interno (57,9%).

Gráfico XI: Local de Experiência do profissional na ESF



Fonte:Elaboração Própria, 2023

O local de experiência dos gerentes também foi avaliado através do Gráfico XI, sendo visto que a maioria possuía experiência em outra unidade de saúde no município do Rio de Janeiro (47,4%), (21,1%) com experiência prévia na mesma unidade básica de saúde e (15,8%) sem experiência anterior.

Tabela 6: Tempo de formação dos profissionais

Período	Valor Absoluto	%
Menos de 1 ano	0	0
1-5 anos	4	21
6-10 anos	5	26
11-20 anos	10	53
21 anos ou mais	0	0

Fonte:Elaboração Própria, 2023

Podemos observar através da Tabela 6 o tempo de formação entre os respectivos gerentes, e foi visto que em sua maior parte, possuem entre 11 a 20 anos de formação (53%), seguido de 6 a 10 anos (26%) e posteriormente, de 1 a 5 anos (21%). Não foram visualizados profissionais com menos de 1 ano de formação no cargo, nem tampouco com período superior a 20 anos.

Tabela 7: Critérios de formação para adequação à candidatura do cargo (continua)

Critérios	Valor Absoluto	%
Experiência de no mínimo 3 anos em atuação direta nas equipes ESF	17	89

Experiência de 5 anos em atuação na área da saúde em atividades de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária	15	79

Experiência de no mínimo 5 anos em cargo de gestão no âmbito do SUS	6	32
Formação técnica de nível médio ou superior na área de saúde	18	95
Curso de especialização em áreas afins	18	95
Atualização Científica em áreas afins no último ano antes da contratação(mínimo 1)	18	95
Residência ou Título de Especialista em Saúde da Família	7	37

Concluído o terceiro ano de residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde	2	11
Título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.	3	16
Participação do programa Líderes Carioca	0	0

Fonte:Elaboração Própria, 2023

De acordo com a Tabela 7 apenas (32%) dos profissionais possuem experiência mínima de 5 anos em cargos de gestão no âmbito do SUS, e nenhum gerente obteve participação no programa de Líderes Cariocas oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde. Vale mencionar que nessa questão admitia-se mais de uma resposta, ou seja, um mesmo profissional pôde referir mais de 1 especialização. Congruentemente, os critérios de formação mais contemplados foram formação técnica de nível médio ou superior na área de saúde (95%), atualização técnica de no mínimo 1 ano anterior à contratação em cursos de saúde pública, saúde coletiva ou saúde da família e comunidade assim como especializações nas respectivas áreas (95%) e experiência mínima de 3 anos por meio de atuação direta na ESF (89%).

A remuneração mensal dos profissionais também foi avaliada, sendo constatado que a maioria recebe entre 5 a 8 salários mínimos (74%), sendo as outras faixas salariais somadas em 15%. Duas remunerações não foram mencionadas (11%).

Tabela 8: Faixa de Remuneração dos profissionais

Faixa de Renda	Valor Absoluto	%
Entre 2 até 5 Salários mínimos	1	5
Entre 5 até 8 Salários mínimos	14	74
Entre 8 até 10 Salários mínimos	1	5
Mais de 11 salários mínimos	1	5
Não Mencionado	2	11

Fonte:Elaboração Própria, 2023

A Faixa de remuneração dos profissionais está ilustrada na Tabela 8 acima. Segundo a Viva Rio (OS com contrato de Gestão pactuado com a Cap 3.1), uma das atuais organizações sociais prestadoras de serviços públicos em saúde no município do Rio, oferece um salário de R$ 6.082,16 + gratificação fixa de R$ 2.432,86 para o cargo de gerente. Já ao cargo de enfermeiro assistencial, ganha a mesma remuneração, associada a um adicional de insalubridade no valor de R$ 264 reais.

De acordo com a SUBPAV 2011, o grau de gratificação varia de acordo com a formação do profissional, sendo observado que sobre o salário base pela responsabilidade técnica no CREMERJ (médicos); 20% sobre o salário base pelo Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade e para demais

profissões especialização em Saúde da Família; 20% do salário base pelo TÍtulo de Mestre em Saúde da Família ou em Saúde Pública (todos os profissionais das equipes de saúde da família); 20% do salário base para Doutorado em Saúde da Família ou em Saúde Pública (todos os profissionais das equipes de saúde da família). Porém, foi notado que a minoria dos profissionais as recebem.

Tabela 9: Tempo de atuação em cargo de gerência

Tempo de Atuação no Cargo	**Valor Absoluto**	**%**
Até 6 meses	0	0
6 meses-1 ano	4	21
1-2 anos	6	32
3-4 anos	3	16
Mais de 4 anos	6	32

Fonte:Elaboração Própria, 2023

O tempo de experiência em cargos de gerência também foi pontuado de acordo com a Tabela 9. Assim, foi possível observar que a maior parte dos profissionais possuem uma bagagem que varia entre 1 a 2 anos e superior a um período de 4 anos, somando-se 64%. Congruentemente avaliado, períodos entre 6 meses a 1 ano foram mencionados por 21% dos entrevistados, sendo o tempo inferior a 6 meses não declarado .

6.1.4. Perfil do Gerente da UBS atual

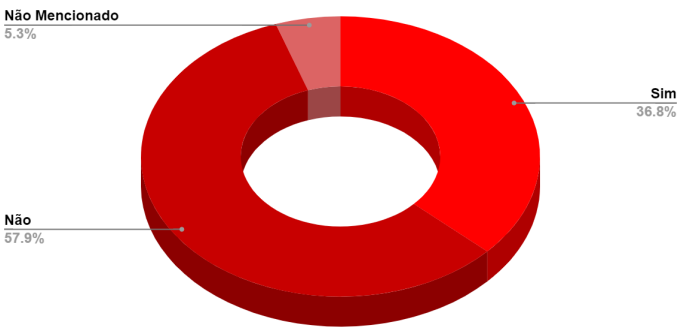
Tabela 10: Tempo de atuação no cargo de gerência atual

Tempo de Atuação no Cargo Atual	Valor Absoluto	%
Até 6 meses	0	0
6 meses-1 ano	4	21
1-2 anos	10	53
3-4 anos	4	21
Mais de 4 anos	1	5

Fonte:Elaboração Própria, 2023

A Tabela 10 ilustra o tempo de atuação no cargo de gerência atual. O estudo demonstrou que a maioria dos gerentes atua no respectivo setor num período de 1 a 2 anos, sendo totalizado (53%). De 6 meses a 1 ano (21%). De 3 a 4 anos (21%) e acima de 4 anos apenas (5%), período menos citado.

Gráfico XII: Cumprimento da Carga horária de 40 horas semanais

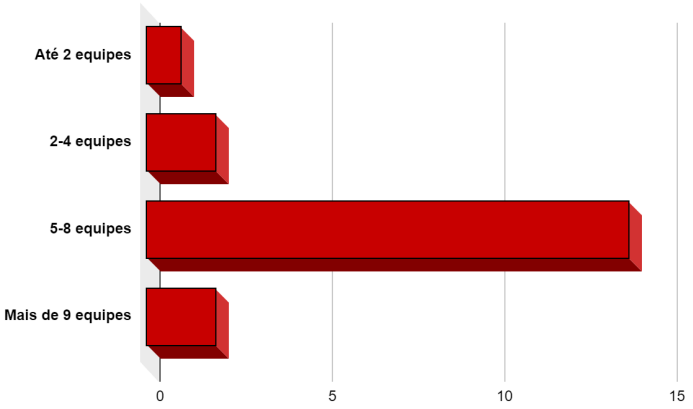


Fonte:Elaboração Própria, 2023

De acordo com o gráfico XII a maior parte dos gerentes das respectivas unidades de categoria A (100%) não conseguem suprir as 40 horas semanais (57,9%), sendo mencionado que por conta da significativa demanda de atividades do setor, ultrapassam tal quantidade de modo rotineiro.

Este resultado reflete uma das possíveis causas da grande sobrecarga de funções sob responsabilidade do gerente, o qual recebe inúmeros apontamentos, e sofre com este exacerbado quantitativo de metas, pressão e atribuições inespecíficas, acarretando em um ciclo de stress laboral crônico e contínuo, afetando suas relações pessoais, gerenciais, e familiares (Porciúncula *et al*, 2020).

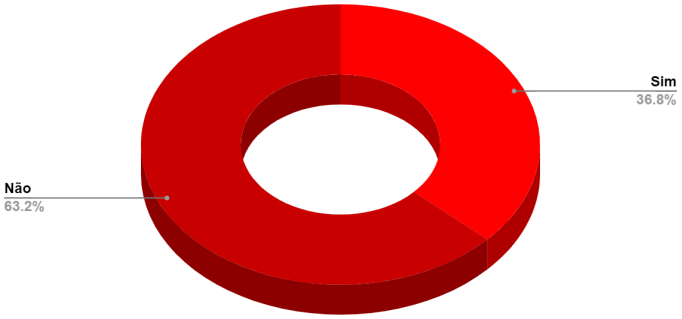
Gráfico XIII: Numérico de Equipes nas Unidades de Saúde



Fonte:Elaboração Própria, 2023

O Gráfico XIII demonstra o número de equipes das unidades com entrevistas em sua maioria, possuem 5 a 8 equipes (73,7%), e mais de 9 equipes (10,3%). Apenas 1 unidade (5,3%) possui até 2 equipes, sendo de menor porte.

Gráfico XIV: Unidades com programas de residências ativos



Fonte:Elaboração Própria, 2023

O Gráfico XIV apresenta as unidades com programas de residências ativos. Assim, (63,2%) não possui a presença desses estudantes em especialização, sendo que (84,2%) recebe estagiários da área da saúde, principalmente, medicina e enfermagem. É importante ressaltar que a Programa de Residência Médica, por exemplo, é incentivado no Rio de Janeiro a fim de que haja um fortalecimento da APS, sendo unidades selecionadas as que possuem melhores estruturas físicas, com localização de fácil acesso por meio do serviço público, obtendo apoio total da gestão central (Justino *et al*., 2016).

6.2. Compreensão das falas a partir da análise de Bardin

Para execução da Análise de Bardin, foi feita a tabulação após a transcrição das falas de acordo com os núcleos de significação, sentido, frequência das menções e temas em contexto. De acordo com a extração dos núcleos, foi possível observar os conteúdos que perpassam toda a potencialidade desta análise. E assim, foi desenvolvida uma nuvem de palavras para melhor visualização dos núcleos de sentido e seus significados, sendo quanto maior o tamanho do termo, maior a frequência de aparecimento.

Figura 15: Nuvens de Palavras com núcleos de Sentido

Fonte:Elaboração Própria, 2023

6.2.1 Núcleo de Sentido: Trajetória até a Gerência

A partir da pergunta disparadora:*"Conte-me acerca da sua trajetória até ocupar o cargo de gerente de UBS, por favor"* foram desencadeados desdobramentos sobre as possibilidades de percurso profissional dos gerentes da unidade. A maior frequência das falas possui como tema em contexto o egresso da atenção hospitalar de alta complexidade como também da participação em programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade.

Possuir profissionais que já passaram pelos outros níveis da Rede de atenção em Saúde, apesar da singularidade da atenção básica, constrói um gestor com um olhar de maior amplitude dentro dos processos de referência e contrarreferência com toda a articulação do serviço, e também um entendimento sobre coordenação do cuidado proveniente de uma ótica com complexidade superior, mas que em alguns faz-se necessária para completude um cuidado (Mauro *et al*., 2021).

Além disso, entende-se que a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Brasil, 2017) também é estruturada com base na assistência integral às necessidades dos indivíduos, priorizando a qualidade e segurança do paciente, no âmbito do SUS.

"Fui pra residência da Fiocruz, fiz a residência de saúde da família, também me identifiquei com a gestão, fui fazer o R3 em gestão, e aí no R3 a gente tinha uma parte da vivência uma parte na Secretaria Municipal de Saúde, uma parte na gestão da CAP"

"Trabalhei no centro cirúrgico durante quatro anos e meio. Nesse ínterim, iniciei a atuação como estagiário numa clínica da família. E no primeiro processo seletivo que eu fiz para enfermeiro, acabei sendo selecionado para ser gerente.

Notou-se a relevância dos programas de residência para a formação dos profissionais, assim como qualquer processo de especialização para aperfeiçoamento na área, a fim de desenvolver maiores habilidades e competências. Esta modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu* possibilita o discente a entender de forma supervisionada a realidade loco regional, tornando-se um profissional crítico e generalista, com maior compreensão sobre a integralidade do cuidado contidos na imersão na APS (Ramos *et al.*, 2018).

Foi observado também o desejo de ingressar na ESF por opção, sendo uma área de primeira escolha na carreira. Esta identidade no campo social possibilita um espaço de trabalho de maior proficiência, capaz de gerar um atendimento dos profissionais de melhor abrangência, sendo objeto de um maior êxito nas relações interpessoais e na coordenação de atividades (Rocha *et al.*, 2019).

"Mas quando eu fui para a saúde coletiva, fiz internato em estratégia de saúde da família, eu assim, ***entendi um sentido, acho que criou uma conexão com a minha vivência.*** *Então, criei um amor com a saúde pública, terminei a faculdade, fiz a residência multiprofissional em saúde da família."*

"Antes eu trabalhava em unidade hospitalar, fui técnica de enfermagem e aí, quando eu me formei, ***era o meu sonho trabalhar em estratégia"***

6.2.2 Núcleo de Sentido: Capacitação para assumir o cargo

Com a seguinte questão disparada: *”Ao assumir a gestão de UBS, teve algum treinamento ou capacitação para o cargo? Sente-se apoiado?”,* pôde-se visualizar, em sua maior frequência, o tema abrangendo ausência de capacitação para o cargo.

A gerência de uma unidade básica de saúde possui alta complexidade mediante a tudo que engloba em seu processo de execução, o qual compreende desde a prevenção, até a reabilitação (Franco *et al*., 2011). Mesmo assim, uma posição como esta que requer formação continuada e titularidade suficiente, não prepara devidamente o trabalhador com infalibilidade para adversidades inerentes à posição (Franco *et al*., 2011).

"Em si, para o cargo, não. Mas a gente vai trazendo a nossa bagagem, enquanto

enfermeira, porque a gente trabalha como enfermeira, a gente é líder de uma equipe,

então capacitação, treinamento, de momento, a gente não tem."

Alguns mencionaram treinamentos rápidos, mas insuficientes para dar embasamento teórico e prático na vivência diária completa de desafios que o cargo acarreta, sendo em muitos casos, levados a buscar ajuda de outros profissionais da mesma categoria para resolução de problemas ou fluxos.

“ Então, quando eu assumi lá em 2010, a gente, a princípio, teve alguns treinamentos muito básicos pela própria Viva Rio,mas mais assim, para essas questões de RH, questões mais do que a gente tinha que dar conta”

"Enfim, outra coisa, mas Na minha rede de apoio eu busquei muito os outros profissionais que já tinham essa experiência"

Em relação ao apoio institucional, a maioria relatou que não sente-se integralmente apoiada dentro dos processos gerenciais do serviço. O frágil apoio institucional configura-se em relação à insatisfação profissional, desnorteamento e apatia dentro do processo de trabalho, sendo este suporte mais essencial do que o da própria equipe (Feliciano *et al*., 2011).

"A gente tem, com relação às linhas, a processos de trabalho que vão acontecendo,
aqui pelo menos acontece de maneira periódica, mas direcionado para o cargo da gestão, não"

"E hoje eu sinto que eu apago o incêndio"

6.2.3 Núcleo de Sentido: Experiência como gerente na UBS

Seguindo com o questionamento:*"Fale sobre as suas experiências como gerente de UBS na APS do Rio de Janeiro",* pôde-se explorar algumas reflexões de maior repetição como o tema em contexto abrangendo o Gerenciamento de recursos administrativos e pessoal e seus desdobramentos.

"Então, assim, isso é muito desafiador para mim, gerenciar tudo isso. Porque não é só gerenciar o processo de atendimento e da assistência.

"Você gerencia o processo de formação, você tenta fazer essa articulação entre ensino, serviço e comunidade, que é muito difícil para as pessoas entenderem como funciona a lógica, é você criar um equilíbrio entre esses processos"

"Eu acho que, assim, a experiência mais complicada é em relação a trabalhar com diversas pessoas".

A gestão de pessoas é um artifício a ser desenvolvido dentro das unidades de saúde que permeia diversos cenários. O contexto de vida, singularidade de ações, limitações, potencialidades, conflitos, sobrecarga (Franco *et al*., 2011). Todo este cenário interpessoal que cada indivíduo carrega deve ser ordenado pelo gerente, o qual deve ser capaz de administrar o funcionamento da ESF, sendo mais um ponto a ser visualizado como uma necessidade de capacitação dos profissionais (Franco *et al*., 2011).

A troca de cargo e aumento das responsabilidades também foi mencionada, o que acarretou em certo distanciamento da antiga equipe de referência por se tratar de uma progressão do cargo dentro da mesma unidade:

"Essa é minha única experiência. De início, eu encontrei um pouco de dificuldade, porque sair da ponta e ir para o cargo de gestão na mesma unidade é um pouco difícil. Eu gosto de estar próxima da minha equipe e o fato de eu ter assumido a gestão me distanciou, não por mim, mas por eles"

“É um trabalho que é muito difícil, as pessoas acham que você é gerente muito fácil, que você é chefe, que você tem algumas questões que sejam privilegiadas, né, tem algumas pessoas que pensam nisso, mas não sabem o que é estar sentada aqui, não sabe da responsabilidade que a gente tem.”

Mudanças estruturais e a dinâmica do território vivo ao redor das unidades também foi mencionado como um fator potente na experiência do decorrer da atuação no cargo.

“Houve o processo de implantação de uma unidade pacificadora da polícia e naquele momento ficou muito incutido na saúde da família,a tarefa de levar não só a saúde, mas todos os serviços públicos para a população."

Na dimensão da APS, o território abrange um patamar acima da dimensão político-assistencial, pois dá-se pela grandiosidade de:*”uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral”* Assim, a conformação de sua potencialidade imersa nos serviços é constante e dita inúmeros manejos no processo de saúde (Santos *et al*., 2010).

6.2.4 Núcleo de Sentido: Vivências do gerente de UBS

Com a indagação: ”Na sua percepção, como vivenciou tais experiências?”, foi desencadeado uma série de ponderações relevantes sobre o processo de trabalho. O alto grau de cobrança do pessoal assim como o burnout profissional foram os temas mais mencionados. Vale registrar que alguns gerentes choraram e se silenciaram.

“Porque eu me cobro o tempo inteiro, então eu sempre quero trazer o melhor, dar o melhor resultado, e quando você depende das pessoas para trazer, às vezes tem um pouquinho de frustração”

“Eu sempre tenho essa sensação de que eu não estou dando o meu melhor.”

“A base de muito sofrimento, assim!”

A extrema pressão para realização de tarefas em prazos curtos, pode gerar um desgaste crônico entre os profissionais de saúde. Isto corrobora com o excesso

de demandas acima de sua alçada, as quais provocam uma sensação de incapacidade e incompletude nos profissionais. Tal cenário reflete o que a chamada de violência estrutural comum dentro do mercado de trabalho, a qual constitui um sistema econômico, político e cultural, oprimindo o trabalhador por excesso de exigências (Polaro *et al.*, 2013).

A ausência de apoio seguiu como uma temática contextualizada pelos entrevistados, os quais enfatizam que sentem-se sozinhos em meio a tantas demandas e necessidade de resultados.

"Então, acabo em muitos momentos me sentindo sozinha e passando pelas dificuldades sozinha e tendo que pensar sozinha em como sair de certas situações gerenciais, de estrutura, de tudo."

A ponte para crescimento profissional também foi mencionada como uma análise, sendo um meio para crescimento durante o percurso de sua carreira.

"Vivenciei tudo como uma novidade, querer fazer o melhor, querer fazer diferente. Como eu falei, não tínhamos como fazer copiando algum formato que tivesse dado certo no passado.

6.2.5 Núcleo de Sentido: Ferramentas de gestão e/ou fatores subjetivos para atuação de um gerente de UBS

A partir deste núcleo, com a pergunta:"Quais as ferramentas de gestão e ou fatores subjetivos considera importante para atuação de um gerente de UBS?", pôde-se investigar a informatização do sistema como maior instrumento para potencialização na atuação gerencial.

"Eu acho que a gente tem a questão de ferramentas de sistema, que eu acho que facilita muito, hoje a gente tem a informatização de sistema, a gente tem o prontuário eletrônico que ajuda na gestão de dados."

"As planilhas também enviadas pelas linhas de cuidado, o DAPS sempre tá enviando planilha pra gente, vocês enviam, né, da criança também e ele apoia muito as nossas fragilidades, ver quem está frágil, né, nesses indicadores, nessas ferramentas e o que a gente pode estar melhorando."

"Gestão de lista, trabalho muito com a questão dos indicadores."

O conhecimento e controle do sistema local em questão, perpassando seu uso correto e a consequente divulgação de informação para aplicação de

intervenções é essencial no processo de gerência, o qual permite a formulação de um planejamento adequado com metas factíveis e alcançáveis, de acordo com a realidade local que a unidade está inserida e todas as suas prioridades (Jesus *et al*, 2021).

A liderança que o cargo exige também foi discorrida como um dispositivo subjetivo para configuração do processo de trabalho.

> *"Liderança... Ah, sim, acho que a formação já me traz isso, né, minha formação da graduação, acho que o enfermeiro é formado para tal, para gerir uma equipe, ou seja, uma equipe pequena de técnicas de enfermagem."*

> *'Ele precisa ter um espírito de liderança, ele precisa ter um perfil de liderança."*

A liderança é dada uma característica primordial ao processo de trabalho dos gerentes, sendo potencializadora para definição de estratégias dentro do serviço para alcance de resultados, congruentemente a direção nas tomadas de decisão e organização na sistematização de fluxos na unidade (Barbieri *et al*., 2005).

A articulação com gestores para alguns desdobramentos dentro do serviço também foi mencionada, como um fator fortalecido pela construção de relações interpessoais sólidas.

> *"Fatores subjetivos, eu acho que uma coisa que ninguém te passa é como manejar algumas relações interpessoais"*

> *"A força política do território, a força política partidária, a força política que existe também dentro da Secretaria de Saúde. Esses são fatores que não conseguem ser medidos, não há nenhum instrumento que vai medir"*

6.2.6 Núcleo de Sentido: Facilitadores da Implantação das ferramentas de gestão na UBS.

Posteriormente, foi disparada a questão:"Considerando a sua atuação, quais fatores facilitam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de unidade básica de saúde?". Com isso, foi visto com frequência a citação da equipe ativa e alinhada aos processos de trabalho como um fator importante para tal.

“Ter uma parceira que anda comigo.”

“Eu acho que você ter uma equipe alinhada ao teu lado, você conseguir convencer muitas vezes os profissionais da necessidade, apesar dessa dualidade de informação, de você precisar registrar em vários lugares, também o contrato de gestão, que a gente tenta trabalhar junto com eles para explicar o porquê,como que funciona.”

A comunicação com a equipe também foi dita como um facilitador dentro dos processos de trabalho para que os profissionais entendam as demandas necessárias para melhores alcances.

“Eu gosto de, assim, de conversar com os profissionais e estar mostrando o que eu preciso que eles atinjam, qual o indicador.”

A Vinculação com dispositivos do território assim como o apoio da gestão, também foram visualizadas como forças para o incremento de ferramentas.

‘Boa vinculação com a liderança comunitária, com as ONGs que estão no território, então a gente tem montado bastante colegiado gestor itinerante”

“Treinamento e capacitações, a participação ativa dos integrantes da coordenação também tem facilitado a implementação das ferramentas de gestão.”

6.2.7 Núcleo de Sentido: Dificultadores da implementação das ferramentas de gestão na UBS.

Para investigação deste núcleo, foi recorrida a seguinte questão:*”Como você percebe os fatores que dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS?”.* Assim, foi possível desbravar que os atravessamentos no processo de trabalho, com todas as intercorrências geradas pelo dia a dia é um problematizador.

“Então é isso, tenho que parar o que eu estou fazendo e pensar esse processo, e às vezes delegar dá mais trabalho do que você fazendo, então nem tudo eu consigo delegar”

“Então, esses atravessamentos do dia a dia, esse imediatismo, que às vezes é muito para ontem, é para agora, tem que fazer isso, daí você não faz, você não é um bom gerente, você não é avaliado bem, né.”

A falta de planejamento ou sua constante reprogramação, impacta diretamente no processo de trabalho e na sua eficácia, acarretando em extrema fragmentação de suas atividades e descontinuidade de incumbências. Além disso, a estruturação de uma agenda para gerentes que ainda não possuem uma rede bem estabelecida com a equipe intersetorial, ainda é de maior fragilidade (Loch, 2019).

Do mesmo modo, a vulnerabilidade do território também foi citada como um dispositivo capaz de complexificar a inserção de certas ferramentas no processo de trabalho.

> *"Eu acho que, assim, voltando muito do que eu falei anteriormente, território, porque o território atualmente no qual eu vivo é um território vulnerável, é um território que tem uma presença de fatores de violência, fatores externos que são muito grandes."*

Este sério problema social de insegurança territorial gerada por diversos determinantes sociais que arrebatam muitas unidades básicas de saúde, fragiliza o cuidado e desencadeia entraves nos princípios da APS, dificultando, por exemplo, as visitas domiciliares e atividades na comunidade que, em muitos casos, necessitam ser constantes e regulares (Polaro *et al*., 2013).

Além disso, também provoca sentimentos de medo, ansiedade e frustração nos profissionais, os quais sentem-se impotentes em meio a tamanha instabilidade e impotência na continuidade do cuidado, resolução de problemas e desenvolvimento de ações demandadas pelos superiores (Polaro *et al.*, 2013).

O alinhamento dos profissionais dentro do serviço também foi um ponto a ser refletido de acordo com a configuração de gestão na unidade e suas demandas:

> *"Em relação aos fatores que dificultam, eu acho que mesmo a gente tendo uma autonomia, a gente não tem uma autonomia total sobre o funcionário, né?"*

> *"Fatores que dificultam é quando a gente entende que tem profissional que consome toda a sua energia dentro da unidade. Então, a gente precisa trabalhar junto com aquele profissional ali e tentar, de alguma forma, buscar soluções"*

O reconhecimento das diferenças das funções dentro dos serviços de saúde, provoca a integração da equipe e uma maior facilidade de comunicação, organizando o processo de trabalho (Feliciano *et al*., 2011). Quando não ocorre tal processo, há a sobrecarga diante ao monopólio de atividades sobre algum trabalhador, como no caso dos gerentes, assim como sua débil e problematizadora autonomia profissional (Peduzzi, 2002).

6.2.8 Núcleo de Sentido: Potencialidades no processo gerencial

Seguidamente, foi questionado: “Quais as potencialidades que você vislumbra enquanto gerente de ubs?”. A partir disso, a articulação com os dispositivos territoriais e gestores, foi um tema mencionado que fomenta a construção de um processo gerencial forte.

“É, eu acho que nós temos um potencial bom, principalmente nessa parte de vinculação.”

“Eu acho que você, sendo um gerente que tá no serviço, faz muita diferença porque você identifica o cotidiano da unidade”

O vínculo entre os profissionais e usuários dentro dos serviços na unidade também foi visualizado como uma fortaleza no decurso das demandas designadas.

“Eu acho que a maior potencialidade é essa, a proximidade da equipe com a população,”

O conhecimento dos processos de trabalho da unidade também foi referido como um motor para aperfeiçoamento na articulação na unidade.

“Você precisa ter um domínio da tua unidade como um todo.”

“Eu acho que compartilhar a gestão, não deixar tudo, pegar tudo para ser, eu consigo fazer isso monitorando muito bem.”

6.2.9 Núcleo de Sentido: Desafios enfrentados pela gestão local

A fim de apurar este núcleo de sentido, foi apontado aos entrevistadores: *”Quais são os desafios enfrentados pela gestão local no cotidiano da clínica da família?”. Deste modo, o principal tema em contexto referido foi a* Insegurança Pública.

"Os desafios encontrados com mais frequência refere-se a violência local, onde por vezes devido a incursão policial fica inviável o funcionamento normal da unidade, sendo necessário realizar a avaliação de acesso e determinar situação amarela, por exemplo, que significa que TODAS as atividades externas ficam suspensas para segurança dos profissionais."

"Então acho que a minha maior dificuldade aqui é a violência no território."

A cobrança Intersetorial de resultados continuamente, também foi explorado como um fator que gera um campo tensionado de relações de poder.

"Você ser o ponto focal que une diversos setores. Você tem que prestar atenção nas necessidades da população, nas necessidades dos seus funcionários, no que é exigido pro seu cargo, no que é a expectativa da CAP. E eu me sinto tensionada por isso o tempo inteiro."

"Hoje a gente tem muita interferência, muita interferência da coordenação.O gerente não tem autonomia nenhuma, a gente não tem as ferramentas para utilizar"

A Rotatividade de Profissionais também foi citada como um processo que tange algumas unidades e é um fator que dificulta a longitudinalidade do cuidado com a população e manutenção dos fluxos na unidade. A violência, foi atrelada a tal contexto.

"Eu, por exemplo, não tenho dificuldade de lotar médico aqui, só que infelizmente médicos têm muita rotatividade, porque às vezes o primeiro conflito que passa ele não quer voltar."

A baixa valorização do profissional impacta no processo de trabalho, pois o mesmo passa a se sentir pouco realizado, enfatizando seu esgotamento. Com isso, a instabilidade do cargo movido por metas e resultados aparentes provoca uma grande movimentação desses cargos, também influenciados pela troca de gestão. Isto influencia toda a organização de uma unidade, refletindo na articulação do cuidado estabelecido e no vínculo com a equipe (Feliciano *et al*., 2011).

6.2.10 Núcleo de Sentido: Tema para qualificação do trabalho do gerente de UBS

Por fim, foi pedido a exposição de temas pertinentes para qualificação do trabalho do gerente na UBS, sendo o tema mais ponderado a gestão de conflitos e pessoas, colocado como um dos maiores desafios.

> "Eu acho que, primeiro, conflito. Eu acho que a gente tem muitas questões de conflitos interpessoais dentro da unidade, que eu acho que é o que ocasiona mais transtornos, né."

> "Uma estratégia, às vezes, que eles dão de como gerir pessoas dentro de uma instituição. Porque o maior desafio de todos, que eu digo, é gerir pessoas."

Por outro lado, a proximidade com a Secretaria Municipal do Rio também foi defendida como uma articulação necessária para tal aprimoramento.

> *"Interação da SMS com os gestores, com intuito de alinhar os fluxos e direito dos espaços reservados."*

A valorização profissional foi colocada em questão como um tema para maior intensificação dentro da área programática, a fim de gerar melhorias no desenvolvimento do trabalho e uma forma de incentivo aos trabalhadores.

> *"Então uma coisa que eu sinto falta é o incentivo à qualificação. Quando eu iniciei em 2010, a gente tinha, existia uma parceria com a Fiocruz então os gerentes eles tinham possibilidade com liberação inclusive de temporada de especialização. Hoje a gente não tem."*

6.3 Revisão Integrativa a partir de busca Bibliográfica

- Artigo 1: "Práticas de Gestão nas Unidades Básicas de Saúde: Revisão Integrativa do Período de 2009 a 2022".

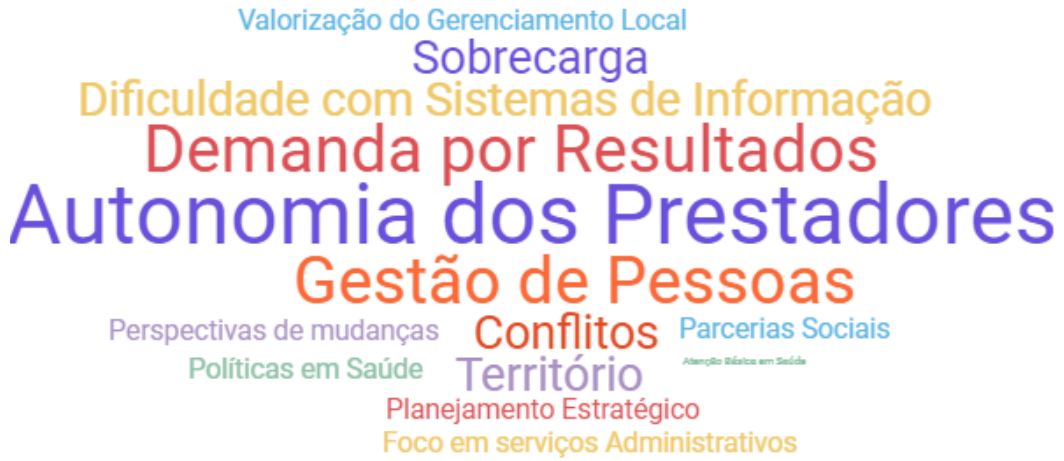
A partir das palavras chaves encontradas nos descritores (Decs): Gerência em serviços de saúde; Sistema único de Saúde e Atenção Primária à Saúde foi desenvolvida uma busca para que fosse analisada a literatura de forma pormenorizada no período de 2009 a 2022, acerca das práticas de gestão nas Unidades Básicas de Saúde. Foram empregados os seguintes critérios de

inclusão: Texto com configuração completa disponível; idioma em inglês ou português e período de publicação entre os anos de 2009 e 2022.

Deste modo, foi possível corroborar à luz dos pressupostos das atribuições do cargo de gerente descritas na Política Nacional de Atenção Básica em 2017. As respectivas chaves foram aplicadas nas bases de dados BVS e Scielo. A amostra obteve como resultado 7 artigos após a inserção com a posterior análise pelo método de Bardin.

Em seguida, a extração de núcleos de sentido a partir do documento da PNAB, foi capaz de potencializar a discussão a partir das atribuições dos gerentes, perpassando os fatores que favorecem e dificultam sua implantação dentro dos processos gerenciais. Assim, também foi construída uma nuvem de palavras, com os termos de maior significância dentro da literatura encontrada. Vale ressaltar que quanto maior a palavra, maior a repetição no corpo dos artigos

Figura 16 : Nuvem de palavras com os termos de maior frequência aparentes nos artigos selecionados



Fonte: Elaboração Própria, 2023

6.4 Desenvolvimento do Artigo Original

- Artigo 2: “ Vivências , Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro”

Os resultados ressaltaram os desafios e potencialidades do cargo gerencial das unidades básicas de saúde, enfatizando fatores como a frágil valorização profissional e baixa capacitação para o cargo, circundando adversidades no processo de gestão de pessoas, uso dos sistemas de informação e também com os níveis superiores da hierarquia. A partir desse compilado, foi estruturado um artigo original, tendo em vista uma pormenorização dos dados analisados na dissertação, vivências, potencialidades e desafios enfrentados pelos gerentes de UBS que atuam na Cap 3.1 a partir da coleta de dados com os gerentes de UBS no município do Rio de Janeiro. Assim, foi possível uma maior articulação com a literatura por meio dos atributos da APS. Foram designadas chaves de busca com as seguintes palavras chaves: Gerência em serviços de saúde; Sistema único de Saúde; Atenção Primária à Saúde**.**

A partir desta nuvem de palavras provenientes da literatura, pôde-se cruzar com a anteriormente demonstrada, fruto do trabalho de campo realizado com os profissionais, e assim, construir uma nova nuvem para o desenvolvimento da cartilha de diretrizes (considerou o pólo teórico e o pólo empírico).

Quadro 4: Seleção dos artigos a partir de leitura flutuante (continua)

Artigo	Idioma	Autor/Titulação	Ano	Periódico de Publicidade	Objetivos	Metodologia	Resultados
A atenção básica na perspectiva de gestores públicos do sistema único de saúde: estudo qualitativo	Português	Nicolau , K., Faria B., Palos,C. Titulação: Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde; Mestre em Saúde Coletiva; não especificado	2021	Saúde e Sociedade	Analisar qualitativament e perspectivas relacionadas a este nível de atenção	Entrevistas e aplicação da Análise de Bardin	Os gestores mostraram busca pela manutenção dos serviços por meio de ações assistenciais e pontuais.
Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata	Português	Nunes, et al Titulação:Não mencionado	2018	Revista Panamericana de Salud Pública	Descrever a gerência da APS e seu perfil, e discutir as implicações desses elementos para a efetivação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde e Alma-Ata.	Questionário auto aplicado via web	O estudo recoloca a importância da gestão do trabalho e a necessidade de reinvestir na formação e valorização do gerenciamento local.

Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família	Português	Costa, V., Barbosa P., Alonso V. Titulação/Área de Conhecimento: Saúde Pública	2016	Revista Ciência e Saúde Coletiva	Analisar aspectos do sistema de governança adotado pela Secretaria Municipal de Saúde e identificar limites e possibilidades desse modelo.	O estudo tem abordagem qualitativa, através de revisão bibliográfica, análise documental e entrevistas com participantes escolhidos.	Os resultados reiteram que algumas práticas contratuais necessitam ser aperfeiçoadas como a negociação e a autonomia dos prestadores,sendo a avaliação e o controle com foco nos processos, e não nos resultados
Avaliação da gestão de uma unidade de Saúde da família nas dimensões da Integralidade	Português	Almeida, D. Titulação/Área de Conhecimento: Não Mencionado	2010	Coleção do Centro de Ciências da Saúde - Programa de Especialização em Enfermagem	Avaliar a gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade.	Abordagem avaliativa e qualitativa, através de estudo de caso, com as técnicas de entrevista semi-estrutur ada e análise documental.	Constatou-se que gerência tem como objetivo ordenar o funcionamento dos serviços, ficando restrita a atribuições básicas da administração: ressaltando o caráter normativo, centrada em um modelo

							taylorista-fordista
Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)	Português	Carvalho, B.; Peduzzi, M. Ayres, J. Titulação/Área de Conhecimento: Saúde Coletiva, Enfermagem e Medicina.	2014	Caderno de Saúde Pública	Analisar percepções de conflito entre trabalhadores e gerentes de unidade básica de saúde e apresentar tipologia de conflitos vivenciados no trabalho.	Análise qualitativa a partir de grupo focal	Apontam a convivência de distintas concepções de conflito
O Enfermeiro e o Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família	Português	Gomes, K., et al Titulação/Área de Conhecimento: Não Mencionado	2014	Boletim do Instituto de Saúde	Investigar a prática gerencial do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Único de Saúde.	Revisão Sistemática	Identificou-se que no gerenciamento da ESF existem: as formulações das políticas de saúde, e de outro os conflitos existentes no cotidiano dos gerentes
Sistema de Informação na Atenção Básica: ferramenta de	Português	Dantas, U. Titulação/Área de Conhecimento:	2014	Coleção do Centro de Ciências da Saúde-	Compreender o Sistema de Informações como meio no	Pesquisa de Campo, de caráter descritivo e	Foi possível verificar que o Sistema de Informações não

apoio à decisão na gerência da ESF		Saúde Pública		Repositório da UFPB	exercício da gerência UBS.	exploratório	tornou-se um instrumento de organização

Fonte: Elaboração Própria,2023

6.5 Construção da Cartilha de Diretrizes

“ Cartilha de diretrizes para Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro”

Posteriormente, foi realizada a construção de um produto técnico tecnológico, a partir da leitura flutuante de materiais sobre gestão e gerenciamento em unidades básicas de saúde. Obteve sua construção por meio da fusão de uma nuvem de palavras obtida através da análise Bardin após a coleta de dados com os gestores das unidades de Atenção Primária em Saúde do Rio de Janeiro, lotados na CAP 3.1 (Pólo Empírico) e também, proveniente da busca de artigos na literatura e na consulta a PNAB, 2017 (Pólo Teórico). Assim, teve como ponto de partida para o seu desenvolvimento, as falas mais frequentes dentro desses contextos.

A cartilha, obtida como produto técnico tecnológico, foi desenvolvida em 43 páginas, com capa, contracapa e página de apresentação. O produto obteve com base os critérios de Pasquali, a fim de assegurar a validade do construto, a validade de critério e a validade de conteúdo. O primeiro, respectivamente, possui uma relação com a definição de termos em documentos renomados e com confiabilidade literária. A validação de critério, dá-se pela correlação entre medidas ou instrumento que foi escolhido como critério para avaliação. Por fim, a de conteúdo, é descrita como a associação de conceitos com indicadores estabelecidos, tendo como base a definição desses critérios e o posterior julgamento por especialistas de cada item abordado (Medeiros et al, 2015).

Assim, o instrumento foi organizado em núcleos, como territorialização (norteamento para o diagnóstico territorial), gestão de pessoas (técnicas para obter um maior êxito no gerenciamento de pessoas e liderança), capacitação nos sistemas de informações (instrutivos para aprimoramentos nos sistemas de informações), gestão administrativa (estratégias para um melhor domínio dos processos administrativos da unidade e planejamento estratégico (táticas para um melhor direcionamento do tempo).

O PTT foi desenvolvido com ilustrações que facilitam o entendimento, sem o excesso de textos para a facilidade de leitura para melhor aproveitamento do conteúdo. A sequência de informações buscou ser colocada de modo lógico com a proposta dos

núcleos, para que houvesse sentido na fluidez da leitura do gestor. Além disso, a introdução dos temas era antecedida pela atribuição correspondente descrita na PNAB, 2017, a fim de proporcionar uma demonstração e ratificação do conteúdo. A seguir, estão algumas imagens da respectiva cartilha (Figura 17).

Figura 17- Imagens da Cartilha intitulada “Cartilha de Diretrizes Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro”

Fonte: Elaboração Própria, 2024

6.6 Elaboração e Validação da Cartilha de Diretrizes

-Artigo 3: “Elaboração e Validação da Cartilha de Diretrizes para Gerentes de Unidade Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro”

No processo de validação de conteúdo e design foram sugeridos 58 juízes através do método de amostragem “bola de neve”. Logo, confeccionou se uma planilha em excel constando o nome do juiz sugerido e os critérios pontuados em conformidade ao disposto por Fehring (PEREIRA, 2011). São eles: Doutorado (2 pontos), Mestrado (4 pontos), produção em periódicos indexados (4 pontos), publicação de resumos-anais (1 ponto), especialista em aps/ saúde coletiva (4 pontos), especialista em designer (4 pontos), tempo de atuação na aps- mais de 1 ano (4 pontos), tempo de atuação em designer- mais de 1 ano (4 pontos), tempo de atuação em ensino na aps (2 pontos). Definiu-se o mínimo de 4 pontos para avançar nas etapas de validação. Dos 58 indicados, nenhum apresentou pontuação menor que 4 pontos. 3 (21 pontos), 9 (19 pontos), 1 (18 pontos), 9 (17 pontos), 2 (16 pontos), 9 (15 pontos),, 7 (14

pontos), 4 (13 pontos), 6 (12 pontos), 2 (10 pontos), 1 (9 pontos), 3 (8 pontos), 1 (6 pontos) e 1 (5 pontos).

Dos 56 especialistas convidados a participarem da validação do ptt, apenas 41 participantes responderam em tempo hábil. Em relação à área de formação, a maioria possui graduação em enfermagem (37,8%), com atuação na atenção primária à Saúde e saúde pública. Assim, 35,7% possui especialização na área de saúde pública e/ou saúde da família e comunidade, 28,6% com mestrado concluído ou em andamento e 19% com doutorado concluído ou em andamento. Além disso, é importante enfatizar que 66,8% dos juízes possuem alguma publicação em tecnologias educativas e/ou A análise do julgamento dos juízes demonstrou uma fidedignidade e concordância do estudo. O IVC calculado por item, obteve uma média de 0,95 (IVC global) no primeiro instrumento, e no segundo, 0,90, que a literatura identifica como padrão ouro. O CVC se configurou com uma média final de de 0,88, na avaliação do conteúdo, e 0,86 na de design.

Quadro 5- Julgamento do Conteúdo pelos Juízes Especialistas (continua)

JULGAMENTO	IVC	CVC	KAPPA	ALFA	P VALOR
Coerência com as necessidades dos profissionais	0,88	0,85	0,4	0,7	>1
Provedor mudança de comportamento e atitude	0,90	0,82	0,5	0,7	>1
Capacidade para circular no meio científico	0,98	0,91	0,4	0,7	>1
Apropriado para recomendação da equipe de ESF	0,93	0,88	0,5	0,7	>1
As mensagens claras e objetivas	0,93	0,90	0,4	0,7	>1

Informações apresentadas são cientificamente corretas	0,95	0,88	0,7	0,7	>1
Sequência lógica do conteúdo proposto	0,93	0,89	0,4	0,7	>1
O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo?	0,95	0,91	0,4	0,7	>1
As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia?	0,93	0,88	0,8	0,7	>1
O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?	0,95	0,91	0,5	0,7	>1
Informações da capa, contracapa, agradecimentos e apresentação	0,95	0,91	0,4	0,7	>1
Expressão das ilustrações	0,95	0,89	0,4	0,7	>1
O número de páginas	0,93	0,87	0,4	0,7	>1
O tamanho do título e dos tópicos	0,95	0,85	*	0,7	>1
Existência de informações desnecessárias	0,95	0,77	*	0,7	>1
Retratação de Aspectos Chaves	0,93	0,87	*	0,7	>1

O material propõe aos profissionais adquirirem conhecimentos	0,83	0,91	*	0,7	>1
Adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde em atividades educativas	0,93	0,92	*	0,7	>1

*Não houve pontuação porque a variável é uma constante

Fonte: Elaboração Própria, 2024

Este cenário é congruente aos estudos que caracterizam com validação adequada, tendo em vista seu valor acima de 0,8 (Cassep-Borges *et al*., 2010). O *p valor* mostrou-se maior que 1 em todos os itens, e pelo índice de significância considerado (0,05), pode-se desconsiderar a hipótese nula em todos os itens dos instrumentos.

Quadro 6- Julgamento do Design pelos Juízes Especialistas (continua)

ITEM	IVC	CVC	KAPPA	ALFA	P VALOR
Evidência do propósito da cartilha	0,93	0,87	0,4	0,6	>1
Conteúdo com comportamentos relacionados ao trabalho gerencial nas UBS:	0,93	0,88	0,4	0,6	>1
Foco do conteúdo no propósito da cartilha	0,90	0,84	0,5	0,6	>1
O conteúdo destaca os pontos principais do propósito da cartilha	0,93	0,87	0,5	0,6	>1

Nível de leitura	0,93	0,88	0,5	0,6	>1
Vocabulário	0,90	0,83	0,7	0,6	>1
Contextualização	0,88	0,86	0,4	0,6	>1
Aprendizado por tópicos	0,88	0,85	0,8	0,6	>1
Ilustrações referentes aos textos estão claras	0,90	0,87	0,5	0,6	>1
Relevância das figuras/ilustrações	0,93	0,85	0,4	0,6	>1
Legenda das Ilustrações	0,95	0,87	0,4	0,6	>1
Capa do material	0,93	0,87	0,4		>1
Expressão e suficiência das ilustrações	0,93	0,86	0,4	0,7	>1
Característica do layout	0,95	0,87	*	0,7	>1
Tamanho e tipo de letra	0,93	0,85	*	0,6	>1
São utilizados subtítulos	0,88	0,87	*	0,6	>1
Interação	0,90	0,85	*	0,6	>1
Especificidade das orientações	0,85	0,80	*	0,7	>1
Motivação à mudança de comportamento	0,88	0,81	*	0,6	>1
Adequação cultural do Material	0,93	0,87	*	0,7	>1

Adequação de imagens e exemplos à cultura	0,93	0,85	*	0,7	>1

*Não houve pontuação porque a variável é uma constante

Fonte: Elaboração Própria, 2024

O coeficiente Kappa também foi empregado, apresentando valores entre 0,4 e 0,8, nas respectivas validações, o que demonstra uma concordância de moderada a boa entre os juízes. Vale ressaltar que alguns resultados de específicos termos na validação não foram pontuados, sendo retificado pelo programa estatístico que as variâncias eram constantes (Perroca e Gaidzinski, 2003). O alfa de cronbach também assumiu valores satisfatórios nos julgamentos de design e conteúdo pelos especialistas. A literatura demonstra que em uma escala de 0 a 1, é desejado um resultado próximo de 1, sendo aceitável valores a partir 0,6 para ratificação da confiabilidade do estudo (Garson, 1999; Goes *et al*, 2017).

A cartilha também foi validada pelo público alvo, em sua maioria com formação na área de enfermagem, atuação na Atenção Primária em Saúde e em sua maioria, especialistas na área temática. O julgamento foi realizado por convidados gerentes, obtendo devolutiva de 24 juízes (19 entrevistados na Cap 3.1 e 5 que participaram da pilotagem pela Cap 3.3). A análise dos julgamentos validou com concordância o estudo, com IVC global de 0,94 entre os termos, CVC de 0,98 e o *p valor* maior 1, com nível de significância 0,05, rejeitando novamente a hipótese nula.

Quadro 7 - Julgamento do design pelo Público Alvo (continua)

ITEM	IVC	CVC	P VALOR
Linguagem Explicativa	1,0	1,0	>1
Encorajamento do trabalho gerencial da UBS	0,92	0,97	>1
Vocabulário	0,96	0,99	>1

Adequação da Linguagem	1,00	1,00	>1
Objetividade e Clareza das Ideias	0,96	0,99	>1
Interação entre os profissionais	0,96	0,99	>1
Tamanho do Material	0,96	0,99	>1
Simplicidade e Atração da Cartilha	0,92	0,97	>1
Ilustração adequadas e de fácil compreensão	0,92	0,97	>1
Familiaridade das ilustrações com os leitores	0,88	0,97	>1
Relação das Ilustrações com o texto	0,88	0,96	>1
Ilustrações autoexplicativas	0,92	0,96	>1
Benefício do Material para gestão local	0,80	0,97	>1
Uso de palavras com duplo sentido	0,92	0,90	>1
Conteúdo com Valorização do Profissional	1,0	0,97	>1
Impressão da Capa	0,96	1,00	>1
Adequação do tamanho e estilo das	0,88	0,99	>1

letras			
Organização do texto	1,00	0,96	>1
Estrutura da Cartilha	0,92	1,00	>1
Contraste do papel	0,92	0,97	>1
Cartilha inserida na cultura	0,88	0,97	>1
Importância do uso da cartilha	1,00	0,96	>1
Proposta de agir ou pensar diferente a partir da cartilha	0,96	1,00	>1

Fonte: Elaboração Própria, 2024

Cabe ressaltar que a validação do PTT foi executada primariamente pelos especialistas, e depois pelo público alvo, a fim de obter uma ratificação teórico científico embasada em opiniões de referência para que evitasse a multiplicação de ideias ou práticas equivocadas. Por meio do questionário, também foi possível receber sugestões dos participantes envolvidos, como em algumas ilustrações, na organização/ordem do conteúdo, aprofundamento de alguns assuntos em específico, entre outros, sendo acatadas ou não após reunião com a pesquisadora principal, orientadores e especialistas.

Quadro 8- Sugestões dos Juízes para aperfeiçoamento do instrumento(continua)

Sugestões dos Julgadores	**Ações**
Formatação	
Referências em formato de ABNT ou Vancouver no decorrer no texto e numeração das páginas	Acatada
Fragmentação em mais tópicos no Sumário	Acatada
Retirada da Bibliografia em QR CODE	Não Acatada

Mudanças de uma Figura em Inglês para Português	Não Acatada
Mudança do Título	Não Acatada
Inclusão de Agradecimentos no material	Acatada
Avaliação para melhor concordância verbal e nominal do texto	Acatada
Diminuição da Fonte	Acatada

Conteúdo

Maior desenvolvimento no tópico de acompanhamento dos processos de trabalho	Acatada

Fonte: Elaboração Própria,2024

Assim, foi possível realizar a técnica Delphi, potencializando o instrutivo de forma qualitativa, para um melhor aperfeiçoamento e adequação do público alvo. Sem dúvidas, o material educativo tem seu uso cada vez mais aumentado nos países e difundido no meio da saúde, sendo um meio condensador de informações e diretrizes científicas para os profissionais que atuam em cargos de gerência da Atenção Primária em Saúde.

Assim, tal instrumento educativo visa auxiliar os gerentes das unidades básicas de saúde a realizar com superior êxito os processos de trabalho e as demandas tão exaustivas dos serviços. Vale mencionar que este instrumento não substitui a aplicação de cursos, workshops ou qualquer outro tipo de ação dos serviços que refletem a educação permanente necessária no SUS. A cartilha possui algumas limitações, como certa restrição do conteúdo devido a extensão do trabalho (evitando tornar-se cansativa), enfoque do conteúdo das maiores fragilidades do cenário gerencial da APS no município do Rio de Janeiro.

7. LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Vale ressaltar que a pesquisa passou por algumas dificuldades, como a ausência de respostas de alguns profissionais adequados para o estudo, quantitativo de colaboradores descartados pelo critério de exclusão aplicado e também, o desenho da pesquisa ser configurado na própria área programática de atuação. Deste modo, a cartilha foi considerada suficientemente validada pelos juízes especialistas e pelo público alvo, em relação à linguagem, conteúdo, layout, estruturação e ilustrações.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo geral analisar as vivências, potencialidades e desafios enfrentados pelos gerentes de unidades básicas de saúde que atuam na Cap 3.1 no Município do Rio de Janeiro.

A partir do desenvolvimento do respectivo estudo, foi possível observar, primeiramente, que as vivências dos gerentes de UBS que atuam na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro, são diversificadas e dependem da realidade de cada território com população adscrita. Deste modo, constata-se que os maiores desafios enfrentados pelos gestores locais perpassam aspectos que englobam desde a necessidade de um conjunto de competências e habilidades que capacitam o profissional para o exercício do cargo de gerente, até o gerenciamento de pessoas na unidade de saúde. Identificamos questões abordadas pelos gerentes que merecem maior atenção e foram desenvolvidas na cartilha produzida ao final deste estudo como produto técnico tecnológico, a saber: Cobrança excessiva, desafios multidimensionais e necessidade de permanente capacitação a partir do contexto da prática profissional. Assim, pôde-se visualizar dentre os fatores que facilitam o processo de trabalho gerencial: o apoio técnico da supervisão de território da OSS, a atuação dos responsáveis técnicos de enfermagem e medicina nas UBS, bem como presença constante da coordenação de área junto com a sua assessoria técnica e equipe de logística da CAP 3.1.

No que concerne aos fatores que dificultam, destacam-se: a fragilidade na autonomia das decisões, equipes desintegradas, e principalmente, o irregular apoio intersetorial somado ao alto índice de demandas clínicas e gerenciais.

É importante frisar que em relação às linhas de cuidado torna se fundamental o suporte técnico das apoiadoras das linhas de cuidado da CAP 3.1

Por fim, espera-se que a cartilha de diretrizes desenvolvida como produto técnico tecnológico possa auxiliar o processo gerencial dos trabalhadores, tendo como base documentos e políticas norteadoras dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Dessarte, com a formação de profissionais imersos em uma potencializada educação permanente, a articulação das portas de entrada do Sistema Único de Saúde se torna integral, equânime e resolutiva, refletindo o esforço contínuo de profissionais que necessitam de suporte das instituições para prosseguirem nesse jornada repleta de desafios.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNCIO, F.L. e SANO, H. **Promessas e resultados da nossa gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo**. ERA- Revista de Administração de Empresas, v.48, n 3, 2008.

ADORNO, R. de C. et al. Para Viver e Pensar Além das Margens: **perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da Saúde Pública.** Saúde e Sociedade, v. 20, n. 1, p.86-94, 2011.

AGONIGI, R. C. et al . **A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família**. Revista. Brasileira de Enfermagem,, v. 71, supl. 6, p. 2659-2665, 2018.

AGUIAR, A.G. **Serviço social e filosofia: das origens a Araxá/ Antônio Geraldo de Aguiar**. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R.; COSTA, A.F.B. **Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública.** XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção, v. 15, p. 1-12, 2010.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da Prática Escolar.** 16ª ed. São Paulo: Papirus, 2009.

BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. **Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul**. Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 5, p. 1349–1356, set. 2005.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revolução do espaço geográfico. In: Território, Ambiente e Saúde. MIRANDA, A, C. et al. (org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.p 43-56. p. 272.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BLOISE, Monique de Souza. Dissertação intitulada “ Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do Município do Rio de Janeiro: perfil, vivências e desafios” Rio de

Janeiro: Edições, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24531>. Acesso em 05 de janeiro de 2024.

BRASIL. Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 15 de Fevereiro de 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010.** Disponível em < https://censo2010.ibge.gov.br/f>. Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde** (CaSAPS). Versão Profissionais de Saúde e Gestores- completa. Dezembro de 2019. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.>. Acesso em 13 de Março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017. 68p.

BRASIL. Ministério da Saúde **Política Nacional de Atenção Básica**-. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Proposta de Emenda à Constituição N° 55, de 2016. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/127337>. Acesso em 22 de Abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Disponível

em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf> . Acesso em 08 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios Públicos e Gestor**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistorico >. Acesso em 08 de Março de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://bit.ly/1mTMIS3>. Acesso em 08 de Janeiro de 2023.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Anexo Técnico 1:Informação Sobre Todas as Áreas de Planejamento.** Disponível em:< http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1529762/DLFE-220205.pdf/1.0o>. Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

BRASIL. Secretaria Municipal de Fazenda e Planejamento (SMFP) Subsecretaria de Planejamento e Acompanhamento de Resultados. EPL- Escritório de Planejamento. **Unidades Territoriais do Rio de Janeiro.** Disponível em:< https:// pds-pcrj.hub.arcgis.com/pages/unidades >. Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

CAMPOS, C.E.A.; COHN,A.;BRANDÃO,A.L. **Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro**, v.21, n.5, 2016.

CAMPOS, G.W.S. **Paidéia e gestão: Um ensaio sobre o apoio à Paidéia no trabalho em saúde**, 2001-2003. Disponível em: <https://www.dropbox.com/home/SA%C3%9ADE%20COLETIVA%20UNICAMP/Gest%C3%A3o%20e%20Planejamento?preview=APOIO+PAID%C3%89IA.pdf.>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2022.

CASSEPP-BORGES V., BALBINOTTI M. A. A., TEODORO M. L. M. **Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos**. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Artmed, p. 506-520, 2010.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. **A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 31, n. 3, p. 266–277, set. 2007.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7 ed. São Paulo: Cortez; 2005

CIAMPONE, M.H.T e ANDRÉ, A.M. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor**. Revista Escola de Enfermagem. v. 41, p. 835-40, 2007.

COHEN J. A (1960). **Coefficient of agreement for nominal scales**. Journal of Educational and Measurement, v.20, n.1, p.37-46.

COSTA, N.R. et al. **Implantação em larga escala da estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro**, Brasil: evidências e desafios. Revistas científicas em ciências da saúde, v.26, n. 6, p. 2075-2081, 2021.

COSTA e SILVA, V. **Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família.** Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ, 2014.

CUNHA, C.L. A. **Ecos e reflexos para a Enfermagem Brasileira**. Disponível no site: <http://www.corenms.gov.br/artigo-a-pec-552016-pec-2412016-ecos-e-reflexos-para-a-enfermagem-brasileira_9011.html>. Acesso em 24 de abril de 2023.

DONALDSON, L. J.; GRAY, J. A. M. **Clinical governance: a quality duty for health organizations**. Quality in Health Care, v. 7, p. 37-44, 1998.

FELICIANO, K. V. DE O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 8, p. 3373–3382, ago. 2011.

FERREIRA, A .S. **Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, p. 69-76, 2004.

FIOCRUZ. **Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia**, 2022. Disponível em :<https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em 24 de Abril de 2023.

FIOCRUZ. **Nova contratualização com o SUS: Estratégias de Governança estadual para garantia da qualidade da rede hospitalar complementar.** Disponível em:<http://www.observatoriohospitalar.fiocruz.br/relato-de-experiencia/nova-contratualizacao-com-o-sus-estrategia-de-governanca-estadual-para>. Acesso em 22 de Maio de 2023.

FLEISS JL. (1981). Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley. p. 212-36.

FONSECA, E. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância**: **um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil**. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2013.

FONTES, R. **Estudo colaborativo**: uma proposta de ação inclusiva. Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2009.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A. e SALGADO,M. F. **Desafios da média gerência na saúde**. Manual do Gerente: Instituto de Comunicação e Informação, 2011.

GAULD, R., HORSBURGH, S. **Are some health professionals more cognizant of clinical governance development concepts than others?.** Journal of Public Health, v. 38, n. 2, p. 363–370, 2016.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Editora Idéias, p.107-153, 2007.

GIL, ANTONIO CARLOS, 1946 – **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa** – 5. Ed. – São Paulo : Atlas, 2010. 200 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOES L. F. et al. **Análise Da Confiabilidade De Um Questionário Para Identificar Concepções Sobre Radicais Livres E Antioxidantes Usando Alfa De Cronbach**. ISSN (DIGITAL), p.2174-6486, 2017.

GOMES, R. et al. **A polissemia da governança clínica: uma revisão de literatura.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 8, p. 241-249, 2013.

GONDIM, G. ; MONKEN, M. **Território e territorialização.** Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade, p. 21-44,2017.

GONDIM, S. M. G. P**erfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários**. Estudos de Psicologia (Natal), v. 7, n. 2, p. 299–309, jul. 2002.

Greco P. J, Campos Aburachid L. M, Ribas da Silva S,, Perez Morales J. C. **Validação de conteúdo de ações tático-técnicas do Teste de Conhecimento Tático Processual - Orientação Esportiva. Motricidade** [Internet]. 2014;10(1):38-48.

GUIMARÃES, E.M.P. e ÉVORA, Y.D.M. **Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência.** Ciência da Informação. v.33, n.1, p.72-80, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo brasileiro de 2010. Anexo Técnico 1 sobre todas as áreas de planejamento. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/rendimento-despesa-e-consumo/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

JUSTINO, A. L. A.; OLIVER, L. L.; MELO, T. P. DE. **Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1471–1480, maio 2016.

LAKATOS, E. **Metodologia do Trabalho Científico. Procedimentos Básicos, Pesquisa Bibliográfica, Projeto e Relatório, Publicações e Trabalhos Científicos.** 6. Ed. – 7.reimpr. – São Paulo : Atlas, 2006. 219 p.

LAVRAS, C. C. C**. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS.** Política e Gestão Pública em Saúde**.** Hucitec, 2011.

LOCK , Selma. **Desafios e Estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde.** Revista Saúde Debate. Rio de Janeiro, v.43, n especial 6, p- 48-58, 2019.

LUCAS, E. A. J. C. F. et al. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 9, p. 4193–4204, set. 2021.

MACHADO, M. H. **A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80**. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 4, p. 449–460, out. 1986.

MAFFEI, S. **A criação do cargo de gerente na Estratégia de Saúde da Família: o caso do Município do Rio de Janeiro**. Monografia apresentada como trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-FIOCRUZ, 2011.

MAGALHÃES, DL. **Apostila de estatística básica SPSS**. IBM.

MASLACH, C., SCHAUFELI WB, Leiter MP. **Job Burnout**. Annual Review Psychol, v.52, p. 397-422, 2001.

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. **Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 55, p. e20210145, 2021.

MCHUGH, M. L. (2012). **Interrater reliability: the kappa statistic**. Biochemia medica: Biochemia medica, 22(3), 276-282.

MEDEIROS, R.K. et al. **Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem.** Revista de Enfermagem Referência [Internet], v.4, p.127-135, 2015.

MELO, E.A; MENDONÇA, M.H.M; TEIXEIRA, M. **A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro**, **Brasil.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n.12, p. 4593-4598, 2009.

MERHY, EE. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde, p. 68-94, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINTZBERG, H. **The manager's job: folklore and facto**. In: VECCHIO, Robert P. (editor). Leadersship: understanding the dynamics of power and influence in organizations. 2. ed. University Notre Dame Press, Notre Dame Indiana, 2007.

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do Único: territórios do SUS.** 94f. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. OMS. Genebra, 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan- Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Agosto de 2005.

Pasquali, L. (2010). **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas.** Porto Alegre, Brasil: Artmed.

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. Trabalho, Educação e saúde [Internet], v. 1, n. 1, p. 75–91, 2003.

PEREIRA, R. et al. **Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem .** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol.12, n. 2, 2011, pp. 424-431.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. **Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes: coeficiente Kappa**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 37, n. 1, p. 72–80, mar. 2003.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. **Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da Estratégia de Saúde da Família**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 935–942, out. 2013.

PONTES, I.B.; DOMINGUES, E.A.R.; KAIZER, A.O. **Construção e validação de cartilha educativa sobre exercícios pélvicos fundamentais para mulheres com incontinência urinária.** Fisioterapia e Pesquisa, v. 28, n. 2, p. 230-241, 2021.

PORCIÚNCULA, A.M; VENÂNCIO, S.A.; SILVA, C.M.F.P. **A Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n.4, p.1555-1565, 2018.

RAMIRES E.P., LOURENÇÃO L.G. e SANTOS M.R. **Gerenciamento em Unidades Básicas de Saúde: conhecendo experiências.** Arquivos de Ciência e Saúde, v.11, n.4, p. :205-209, 2004.

RAMOS, T. M.; RENNÓ, H. M. S. **Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 39, p. e2018–0017, 2018.

REZENDE, C.A.P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal.** Texto atualizado. Parecer do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Projeto de Lei 08/2003, 2004.

ROCHA, G. S. DE A. et al. **Feelings of pleasure of nurses working in primary care**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 4, p. 1036–1043, jul. 2019.

ROLAND, M. e BAKER, R. **Clinical Governance: a practical guide for primary care teams.** National Primary Care Research & Development Centre, 1999.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 8, n. 3, p. 387–406, nov. 2010.

SILVA, V.M. **As Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) no Sistema Único de Saúde: aspectos da relação público-privado e os mecanismos de controle.** Dissertação apresentada com

vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ, 2012.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro**, **Brasil**. Revista Ciência & Saúde coletiva, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998.

TRIGO,T.R, ;TANG, C.T,;HALLAR, .JE.C. **Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos.** Revista de Psiquiatria Clínica, v. 34, n. 5. p. 223-233, 2007.

TRIGUEIRO, E. et al. **Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem**. Escola Anna Nery, v. 18, n. 2, p. 343-349, 2014.

VALÉRIO, A. C. DE O. et al. **Racismo e participação social na universidade: experiências de estudantes negras em cursos de saúde**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, p. e3007, 2021.

VANDERLEI, M.I.G E ALMEIDA, M.C.P. **A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n.2, p.443- 453, 2007.

XIMENES NETO, F.R.G. e SAMPAIO J.J.C. **Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 6, p. 687-95, 2007.

WERMELINGER, M. et al. **Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde, In: Serie Gestão do Trabalho I**. Revista CEBES: divulgação em Saúde Para Debate, n. 45, p., 54-70, 2010.

Yusoff MSB. **ABC of content validation and content validity index calculation**. Education in Medicine Journal. 2019;11(2):49–54.

ZALEZNIK, A. **Management of disappointment. Managers as leaders. A Harvard Business Review Paperback.** Harvard Business School Press, 1993.

ZARILI, T. F. T. et al.. T**écnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional**. Saúde e Sociedade, v. 30, n. 2, p. e190505, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE I- INSTRUMENTO DE PILOTAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instruções: este roteiro deverá ser aplicado aos participantes do pré-teste logo após a aplicação da versão preliminar do instrumento de coleta de dados.

Dados do participante:
Código:
Data do pré-teste:

1) Em relação a clareza/entendimento das perguntas, você pode afirmar que:
( ) compreendeu completamente o enunciado das perguntas
( ) compreendeu parcialmente o enunciado das perguntas
( ) não compreendeu o enunciado das perguntas

2) Em relação a objetividade das perguntas, você pode afirmar que:
( ) as perguntas estão PLENAMENTE OBJETIVAS
( ) as perguntas estão PARCIALMENTE OBJETIVAS
( ) as perguntas NÃO estão OBJETIVAS

3) Em relação a coerência das perguntas ao tema da pesquisa, você pode afirmar que:
( ) as perguntas estão plenamente COERENTES com o tema da pesquisa

( ) as perguntas estão PARCIALMENTE COERENTES com o tema da pesquisa
( ) as perguntas NÃO estão COERENTES com o tema da pesquisa

4) Em relação a adequação do instrumento ao tempo de aplicação do instrumento, você pode afirmar que:
( ) o tempo gasto para aplicação do instrumento está ADEQUADO
( ) o tempo gasto para aplicação do instrumento está INSUFICIENTE
( ) o tempo gasto para aplicação do instrumento está MUITO LONGO

5) Em relação a adequação do instrumento ao ambiente de aplicação do instrumento, você pode afirmar que:
( ) o ambiente para aplicação do instrumento está ADEQUADO
( ) o ambiente para aplicação do instrumento está INADEQUADO,

Se você julgar inadequado, indique o porque:
_____
_____

6) Em relação a adequação do instrumento quanto ao tipo de participantes do estudo, você pode afirmar que:
( ) o instrumento está ADEQUADO para os participantes da pesquisa
( ) o instrumento está INADEQUADO para os participantes da pesquisa

Se você julgar inadequado, indique o porque:
_____
_____
_____

7) Em relação a dinâmica da entrevista, você pode afirmar que:
( ) a dinâmica estabelecida ATENDEU PLENAMENTE ao objetivo da coleta de dados
( ) a dinâmica estabelecida ATENDEU PARCIALMENTE ao objetivo da coleta de dados

( ) a dinâmica estabelecida NÃO ATENDEU ao objetivo da coleta de dados

8) Que sugestões você daria para melhorar o instrumento de coleta de dados?

IMPRESSÕES DO PESQUISADOR/APLICADOR DO INSTRUMENTO:

APÊNDICE II- CARTA CONVITE PARA OS ESPECIALISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Caro(a)

Meu nome é Adriana Clemente Maia, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado "**Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro**", sob a orientação dos professores Dr. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas e Ms. Alexandre Oliveira Telles . Solicitamos por meio desta, a sua colaboração como especialista em atividades gerenciais nas UBS. Sua colaboração envolverá a avaliação de uma cartilha educativa por meio de 2 instrumentos, para avaliação da aparência e do conteúdo do material educativo, em relação aos seguintes critérios: clareza na compreensão das gravuras e do conteúdo, sua relevância e grau de relevância, associação ao tema proposto e viabilidade de aplicação. Você poderá contribuir também com observações e sugestões de modificação. Caso deseje participar, pedimos que responda este whatsapp, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (Whatsapp, e-mail ou correspondência convencional). Caso manifeste sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Caso opte pela correspondência convencional, solicitamos que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Outrossim informamos que para essa atividade será oferecido certificado de participação na qualidade de consultor de pesquisa científica emitido pela Coordenação do MPAPS.

Atenciosamente,

Adriana Clemente Maia
Enfermeira- Coren RJ 237-914 gov.br

Adriana Clemente Maia

dricaenfufrj@gmail.com

APÊNDICE III- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instrumento de avaliação dos juízes de conteúdo quanto aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância da cartilha

QUESTIONÁRIO ESPECIALISTA DA ÁREA DE GERÊNCIA NAS UBS E/OU APS

Parte 1

Data: _____

1. Nome do Avaliador: _____
2. Profissão: _____
3. Tempo de formação:_____
4. Área de trabalho: _____
5. Tempo de trabalho na área: _____
6. Titulação: ( ) Especialista, ( ) Mestrado, ( ) Doutorado
7. Publicação de pesquisa envolvendo a temática

( ) Atividades Gerenciais na UBS, ( )Tecnologias educativas, ( ) Validação de instrumentos

Parte 2

INSTRUÇÕES:

Leia atentamente estas instruções. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em cada critério para avaliação de conteúdo levando em

consideração a afirmação contida em cada item. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo. 1-Inadequado, 2- Parcialmente Adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente Adequado, NA- Não se aplica.

Critérios para avaliação de conteúdo	**Avaliação**				
	Inadequado	**Parcialmente adequado**	**Adequado**	**Totalmente adequado**	**NA**
Objetivos da cartilha:	Referem-se aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com a utilização do material educativo.				
São coerentes com as necessidades dos profissionais de saúde em relação às atribuições gerenciais?					
Promove mudança de comportamento e atitude					
Pode circular no meio científico					
Sugestões em relação aos objetivos da cartilha:					
Estrutura e Apresentação:	Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.				

O material educativo é apropriado para recomendação da equipe de ESF em relação às funções gerenciais					
As mensagens são apresentadas de maneira clara e objetiva					
As informações apresentadas são cientificamente corretas					
Há uma sequência lógica do conteúdo proposto					
O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo					
As informações são bem estruturadas em concordância e ortografia					
O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo					

As informações da capa, contracapa, agradecimentos e apresentação são coerentes					
As ilustrações são expressivas e suficientes					
O número de páginas está adequado					
O tamanho do título e dos tópicos está adequado					
Não existem informações desnecessárias					
Sugestões em relação a Estrutura e Apresentação da cartilha:					
Relevância da Cartilha:	Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material educativo apresentado				
Os temas retratam aspectos chaves que devem ser reforçados					
O material propõe					

aos profissionais adquirirem conhecimentos quanto ao manejo da atividade gerencial na UBS,					
Está adequado para ser utilizado por qualquer profissional da área da saúde em atividades educativas para capacitação da equipe que atuam na ESF					
Sugestões em relação a relevância da cartilha:					

IVC – Índice de Validade de Conteúdo.

APÊNDICE IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES DE DESIGN E MARKETING

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instrumento de avaliação dos juízes de design e marketing quanto ao conteúdo, linguagem, ilustrações, layout e apresentação, motivação e adequação cultural da cartilha

Parte 1

Data: _____

1. Nome do Avaliador: _____
2. Profissão: _____
3. Tempo de formação:_____
4. Área de trabalho: _____
5. Tempo de trabalho na área: _____
6. Titulação: ( ) Especialista, ( ) Mestrado, ( ) Doutorado
7. Publicação de pesquisa envolvendo a temática

( ) Atividades Gerenciais na UBS, ( )Tecnologias educativas, ( ) Validação de instrumentos

Parte 2

INSTRUÇÕES:

Leia atentamente estas instruções. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um "X" em cada critério para avaliação de conteúdo levando em consideração a afirmação contida em cada item. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo. 1-Inadequado, 2- Parcialmente Adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente Adequado, NA- Não se aplica.

Critérios para avaliação de design e marketing	Avaliação				
	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente Adequado	NA
Conteúdo:					
O propósito da cartilha está evidente					
O conteúdo trata de comportamentos relacionados ao trabalho gerencial nas UBS.					
O conteúdo está focado no propósito da cartilha					
O conteúdo destaca os pontos principais					
Linguagem:					
O nível de leitura é adequado para a compreensão do leitor					
O vocabulário utiliza palavras comuns					
Há a contextualização antes de novas					

informações					
O aprendizado é facilitado por tópicos					
Ilustrações gráficas:					
O propósito da ilustração referente ao texto está claro					
As figuras/ilustrações são relevantes					
As ilustrações têm legenda					
A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material					
Layout e apresentação:					
Característica do layout					
Tamanho e tipo de letra					
São utilizados subtítulos					
Motivação:					
Utiliza a interação					
As orientações são específicas e dão exemplos					
Existe a motivação à mudança de comportamento					

Adequação cultural:					
O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência do público alvo					
Apresenta imagens e exemplos adequados culturalmente					

IVC – Índice de Validade de Conteúdo.

Possibilidade Total de Escores:40

Total de escores obtidos: _____ , Porcentagem de escore: _____

APÊNDICE V- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - VALIDAÇÃO DA CARTILHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Instrumento de avaliação para validação da cartilha pelo público-alvo

INSTRUÇÕES:

Leia atentamente estas instruções. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um "X" em um cada critério para avaliação da cartilha levando em consideração a afirmação contida em cada item. Dê sua opinião de acordo com o que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Se você marcar a opinião NÃO, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado ao item. Observação: não existem respostas certas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por gentileza, responda a todos os itens.

Conteúdos:	**SIM n(%)**	**NÃO n(%)**	**Em Parte n(%)**
1. **Apresentação literária:**			
1.1 A linguagem da cartilha é explicativa			
1.2 O material promove e encoraja o trabalho gerencial nas UBS			
1.3 O vocabulário empregado é composto, em sua maioria, por palavras simples e comuns			
1.4 A linguagem está adequada			

1.5 As ideias são expressas de forma clara e objetiva			
1.6 O texto possibilita interação com orientações entre profissionais			
1.7 O material é de leitura agradável			
1.8 O material tem tamanho adequado, ou seja, não é extenso nem cansativo			
1.9 A cartilha, de um modo geral, é simples e atrativa			
2. Ilustrações:			
2.1 São simples, apropriadas e de fácil compreensão			
2.2 São familiares para os leitores			
2.3 Estão relacionadas e integradas ao texto			
2.4 São autoexplicativas			
3. Especificidade e Compreensão:			
3.1 O material propicia benefício para a gestão local das UBS			
3.2 Não ocorre uso de palavras de sentido duplo no texto			
3.3 O conteúdo escrito valoriza a atuação do profissional da ESF no gerenciamento de UBS			
4. Legibilidade e Características de Impressão:			
4.1 A capa é atraente			
4.2 O tamanho e estilo das letras é adequado			
4.3 A organização do texto é adequada			

4.4 A estrutura da cartilha está organizada			
4.5 Existe bom contraste entre impressão e papel			
5. Qualidade da Informação:			
5.1 A cartilha está inserida na sua cultura			
5.2 O material ajuda a obter o máximo de benefício possível			
5.3 O uso da cartilha é importante			
5.4 A cartilha lhe sugeriu a agir ou pensar diferente a respeito do trabalho voltado para a gerência de UBS			

De modo geral, o que você achou do material educativo?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE VI- TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O/A Coordenadoria Geral da Atenção Primária CAP 3.1, sob coordenação de **Thiago Wendel Gonzaga a Silva** da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: **Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro** sob responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Clemente Maia - Mestranda da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Coparticipante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Este Termo de anuência está condicionado aos cumprimentos das determinações éticas normatizadas pelas Resoluções CNS/MS nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 e às resoluções complementares relacionadas ao objeto da pesquisa. O projeto somente poderá ter início nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação prévia e documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ.

Conforme seus artigos, em especial os artigos 6º e 7º da Resolução CNS/MS nº 580/2018, a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição. A pesquisa que inclui trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e para a equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento dos termos acima explicitados, a Instituição “anuente” tem desde já liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em qualquer forma de penalização.

Rio de Janeiro,

15 /06/2023.

THIAGO WENDEL G. DA SILVA
Coordenador
CAP 3.1
Matr.: 60/324.344-1

_____

Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade

APÊNDICE VII- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES

UNIVERSIDADD·FEDERAL·DO·RIO·DE·JANEIRO¶
CENTRO·DE·CIÊNCIAS·DA·SAÚDE¶
FACULDADE·DE·MEDICINA¶
MESTRADO·PROFISSIONAL·EM·ATENÇÃO·PRIMÁRIA·À·SAÚDE¶

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: "**Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro**". A pesquisa tem duração de um (1) ano, com término previsto para março de 2024.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

a) A presente dissertação de mestrado tem como objeto de investigação as vivências de gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro em relação ao modelo de gestão compartilhada no âmbito da Atenção Primária. Considerando que as atividades gerenciais nas UBS são determinantes para o manejo dos problemas de saúde pública com repercussões deletérias para a população brasileira, postulou-se as seguintes questões norteadoras, que representam as dúvidas que conduzirão a presente pesquisa:

1) Quais as vivências dos gerentes de UBS que atuam na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro?;

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

2) Quais os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro? e;

3) Quais os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional?

b) A pesquisa tem como objetivo geral: analisar as vivências, potencialidades e desafios enfrentados pelos gerentes de unidades básicas de saúde que atuam na CAP 3.1 no Município do Rio de Janeiro. Por se tratar de pesquisa do tipo tecnológica, a mesma tem por finalidade a elaboração de um produto técnico-tecnológico, que neste estudo consistirá no desenvolvimento de um material educativo, no formato de cartilha digital validada, direcionado aos profissionais de saúde que atuam na gerência das UBS no cenário pesquisado.

c) A coleta de dados ocorrerá por meio de técnica de entrevista semiestruturada e observação de campo. Estas técnicas serão utilizadas para favorecer a efetiva troca de experiências entre a pesquisadora e os participantes do estudo.

d) A validação da cartilha educativa ocorrerá em duas etapas. A primeira terá a participação de profissionais especialistas no assunto que atuarão como juízes. A segunda etapa acontecerá junto ao público alvo. Nas duas etapas serão utilizados questionários específicos para o preenchimento necessário à avaliação da cartilha.

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Será garantido o sigilo, bem como anonimato capturados por meio do formulário digital.

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

O risco da presente pesquisa compreende principalmente vazamento de dados. Para minimizar esse risco o pesquisador irá adotar as seguintes precauções, a fim de garantir o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos participantes: a) cegagem dos dados oriundos das entrevistas atribuindo aos participantes (pseudônimos); b) limitação do acesso ao banco de dados primários da pesquisa, mantendo a guarda da senha pela pesquisadora responsável.

Considerando que a pesquisa aborda a temática que envolve a atuação dos gerentes de UBS no âmbito da atenção primária vislumbra que os participantes possam apresentar os seguintes desconfortos: inibição, timidez e insegurança, entre outros. Para assegurar a minimização dessas reações por parte dos participantes, as entrevistas e observações serão conduzidas permitindo que as pessoas tenham liberdade para responder às questões apresentadas conforme a sua vontade, podendo inclusive permanecer em silêncio. Além disso, o participante tem total controle para manter ou não a sua concordância em participar do presente estudo.

No que diz respeito aos benefícios, pretende-se que esta investigação contribua para a melhoria do ambiente e relações de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com desdobramentos em três dimensões, a saber:

1) Ensino,
2) Pesquisa,
3) cotidiano da prática profissional.

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

No ensino, acredita-se que este estudo se configure como material indutor para reflexão de estudantes de graduação e pós-graduação sobre a importância das atividades gerenciais para a melhoria do processo de trabalho e cuidados integrais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No tocante a pesquisa, essa investigação poderá trazer à luz os aspectos que envolvem a atuação dos gerentes de UBS no âmbito da APS.

Espera-se que este estudo possa servir de instrumento de discussão, crítica e reflexão dos profissionais que desenvolvem no cotidiano da prática profissional, ações destinadas ao gerenciamento das atividades das UBS no Município do Rio de Janeiro.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto sempre que desejar. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar, retirar sua permissão ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalização para você como profissional.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Para assegurar a confidencialidade dentro dos limites legais, as seguintes medidas serão tomadas: os participantes terão pseudônimos, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais. Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados.

Todos os arquivos serão mantidos em um arquivo trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Serão mantidos arquivados com o pesquisador responsável, por 5 anos depois do fim da pesquisa:

1) uma via deste termo de consentimento informado;

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

2) os dados obtidos durante a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão de finalidade exclusiva para análise e divulgação dos resultados encontrados. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome será sempre mantido em sigilo e nunca aparecerá. Você receberá uma via deste consentimento informado para sua guarda e posse. Uma via do relatório final da pesquisa será entregue à direção de sua instituição.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. Caso você se sinta lesado (a) por algum motivo, poderá solicitar indenização pelos meios legais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisadora. Em caso de dúvidas poderei contatar a mestranda Adriana Clemente Maia no telefone - (21) 96462-3880; no e-mail - dricaenfufrj@gmail.com ou professores orientadores o Doutor Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas no telefone - (21) 99605-5749 no email: eduardoalexander@medicina.ufrj.br e Mestre Alexandre Oliveira Telles – (21) 97952-8381; no email: alexandretelles@medicina.ufrj.br.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

A sua assinatura indica que você concordou de forma voluntária em participar deste estudo, que o estudo foi explicado para você, que você teve tempo para ler este documento e que todas suas dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatória. Você irá receber uma via deste formulário de consentimento assinado e datado antes da sua participação no estudo.

Autorizo a gravação da entrevista. ( ) Não autorizo a gravação da entrevista. ( )

Rio de Janeiro, ____de _____de 2023.

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

CERTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu confirmo que a participante teve tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. Na minha opinião, o (a) participante compreendeu o objetivo, os riscos, benefícios e procedimentos que irão se seguir neste estudo e, de forma voluntária, concordou em participar.

Nome da pesquisadora responsável: Adriana Clemente Maia.

Os participantes de pesquisa, e comunidade em geral, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br; cepsmsrj@yahoo.com.br; Tel.: (21) 2215-1485 (SMSDC). O contato também poderá ser realizado com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (CEP EEAN/HESFA/UFRJ), localizado na Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ, 21211-110; Tel.: (21) 3938-0962; E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br/ cepeeanhesfa@gmail.com

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2023

Adriana Clemente Maia
Enfermeira- Coren RJ 237-914 gov.br

Documento assinado digitalmente
ADRIANA CLEMENTE MAIA
Data: 22/11/2023 17:08:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____

Adriana Clemente Maia
Pesquisador (a) Responsável

Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador (a)

APÊNDICE VIII- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA ESPECIALISTAS

UNIVERSIDADD·FEDERAL·DO·RIO·DE·JANEIRO¶
CENTRO·DE·CIÊNCIAS·DA·SAÚDE¶
FACULDADE·DE·MEDICINA¶
MESTRADO·PROFISSIONAL·EM·ATENÇÃO·PRIMÁRIA·À·SAÚDE¶

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: "**Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde no Município do Rio de Janeiro**". A pesquisa tem duração de um (1) ano, com término previsto para março de 2024 e sua participação ocorrerá na qualidade de membro do Comitê de Especialistas que atuará na etapa de validação de uma cartilha produzida a partir dos resultados desta pesquisa.

Sua escolha para participar se justifica pela sua larga experiência no acompanhamento dessa clientela. Caso concorde em participar do estudo, solicito que faça a leitura do material educativo e preencha o instrumento de avaliação, os quais deverão posteriormente, ser recolhidos pela pesquisadora, devolvido via internet ou correspondência convencional.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

a) A presente dissertação de mestrado tem como objeto de investigação as vivências de gerentes de UBS no município do Rio de Janeiro em relação ao modelo de gestão compartilhada no âmbito da Atenção Primária. Considerando que as atividades gerenciais nas UBS são determinantes para o manejo dos problemas de saúde pública com repercussões deletérias para a população brasileira, postulou-se as seguintes questões norteadoras, que representam as dúvidas que conduzirão a presente pesquisa:

Rúbrica do Participante Rúbrica do Pesquisador (a)

1) Quais as vivências dos gerentes de UBS que atuam na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro?
2) Quais os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS na área programática 3.1 no Município do Rio de Janeiro? e
3) Quais os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional?

b) A pesquisa tem como objetivo geral: analisar as vivências, potencialidades e desafios enfrentados pelos gerentes de unidades básicas de saúde que atuam na CAP 3.1 no município do Rio de Janeiro. Por se tratar de pesquisa do tipo tecnológica, a mesma tem por finalidade a elaboração de um produto técnico-tecnológico, que neste estudo consistirá no desenvolvimento de um material educativo, no formato de cartilha digital validada, direcionado aos profissionais de saúde que atuam na gerência das UBS no cenário pesquisado.
c) A coleta de dados ocorrerá por meio de técnica de entrevista semiestruturada e observação de campo. Estas técnicas serão utilizadas para favorecer a efetiva troca de experiências entre a pesquisadora e os participantes do estudo.
d) A validação da cartilha educativa ocorrerá em duas etapas. A primeira terá a participação de profissionais especialistas no assunto que atuarão como juízes. A segunda etapa acontecerá junto ao público alvo. Nas duas etapas serão utilizados questionários específicos para o preenchimento necessário à avaliação da cartilha.

RISCOS, DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Será garantido o sigilo, bem como anonimato capturados por meio do formulário digital.

Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador (a)

O risco da presente pesquisa compreende principalmente vazamento de dados. Para minimizar esse risco a pesquisadora irá adotar as seguintes precauções, a fim de garantir

o anonimato, a privacidade e a confidencialidade dos participantes: a) cegagem dos dados oriundos das entrevistas atribuindo aos participantes (pseudônimos); b) limitação do acesso ao banco de dados primários da pesquisa, mantendo a guarda da senha pela pesquisadora responsável.

Considerando que a pesquisa aborda a temática que envolve a atuação dos gerentes de UBS no âmbito da Atenção Primária vislumbra que os participantes possam apresentar os seguintes desconfortos: inibição, timidez e insegurança, entre outros. Para assegurar a minimização dessas reações por parte dos participantes as entrevistas e observações serão conduzidas permitindo que as pessoas tenham liberdade para responder às questões apresentadas conforme a sua vontade, podendo inclusive permanecer em silêncio. Além disso, o participante tem total controle para manter ou não a sua concordância em participar do presente estudo.

No que diz respeito aos benefícios, pretende-se que esta investigação contribua para a melhoria do ambiente e relações de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde, com desdobramentos em três dimensões, a saber:

1) Ensino;

2) Pesquisa, e

3) cotidiano da prática profissional.

No ensino, acredita-se que este estudo se configure como material indutor para reflexão de estudantes de graduação e pós-graduação sobre a importância das atividades gerenciais para a melhoria do processo de trabalho e cuidados integrais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No tocante a pesquisa, essa investigação poderá trazer à luz os aspectos que envolvem a atuação dos gerentes de UBS no âmbito da APS.

Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador (a)

Espera-se que este estudo possa servir de instrumento de discussão, crítica e reflexão dos profissionais que desenvolvem no cotidiano da prática profissional, ações destinadas ao gerenciamento das atividades das UBS no município do Rio de Janeiro.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto sempre que desejar. Você tem plena liberdade de recusar-se a participar, retirar sua permissão ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem penalização para você como profissional.

O (s) pesquisador (es) irá (ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Para assegurar a confidencialidade dentro dos limites legais, as seguintes medidas serão tomadas: os participantes terão pseudônimos, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais.

Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados. Todos os arquivos serão mantidos em um arquivo trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Serão mantidos arquivados com o pesquisador responsável, por 5 anos depois do fim da pesquisa: 1) uma via deste termo de consentimento informado; 2) Os dados obtidos durante a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão de finalidade exclusiva para análise e divulgação dos resultados encontrados. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome será sempre mantido em sigilo e nunca aparecerá. Você receberá uma via deste consentimento informado para sua guarda e posse. Uma via do relatório final da pesquisa será entregue à direção de sua instituição.

Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador (a)

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. Caso você se sinta lesado (a) por algum motivo, poderá solicitar indenização pelos meios legais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisadora. Em caso de dúvidas poderei contatar a mestranda Adriana Clemente Maia no telefone - (21) 96462-3880; no e-mail - dricaenfufrj@gmail.com_ou professores orientadores Doutor Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas no telefone - (21) 99605-5749; no email: eduardoalexander@medicina.ufrj.br e Mestre Alexandre Oliveira Telles – (21) 97952-8381; no email: alexandretelles@medicina.ufrj.br.

Rubrica do Participante Rubrica do Pesquisador (a)

---

[1] Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil - Tel: (21)3938-0962 - CEP: 20.211-110.

[2] Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

APÊNDICE IX- QUESTIONÁRIO PARA GERENTES DE UBS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre "**Vivências, Potencialidades e Desafios de Gerentes de Unidades Básicas de Saúde da Área de Planejamento 3.1 no Município do Rio de Janeiro".** Sua participação é muito importante para que possamos conhecer vivências, potencialidades e desafios de sua atuação como gestor local de uma UBS na Cap 3.1 e esperamos que os resultados da pesquisa possam vir a contribuir para a elaboração de um instrumento de apoio e ferramenta de gestão (Cartilha de Diretrizes direcionada aos gerentes de UBS). A coleta de dados está dividida em 2 partes: 1)- Questionário com a finalidade de levantar o perfil dos gerentes das Clínicas da Família Tipo A que atuam na Cap 3.1 a ser aplicado via google forms presencialmente com duração média de 5 minutos e 2)- Questionário contendo perguntas abertas com duração média de 20 minutos a ser aplicado pela pesquisadora na clínica de atuação do gerente e tal entrevista será gravada para posterior transcrição. Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam devidamente preenchidas e respondidas.

Código entrevista: **_____** **Data: ____ / ____ / ____**

1.DADOS DO ENTREVISTADOR (a):

1.1.Nome(Pseudônimo):_____

1.2.Unidade (Fantasia):_____

PARTE 1

A. PERFIL PESSOAL

A1. Identidade de gênero:

a. ( ) Mulher Cis b. ( ) Mulher Trans c. ( ) Travesti

d. ( ) Homem Cis

e. ( ) Home Trans f. ( ) Não Binário g. ( ) Outro: _____

A2. Orientação Sexual:

a. ( ) Heterossexual b. ( ) Homossexual c. ( ) Bissexual

d. ( ) Assexual e. ( ) Pansexual

A3. Idade:

a. ( ) Menos de 25 anos b. ( ) 26 - 30 anos c. ( ) 31 - 40 anos

d. ( ) 41- 50 anos e. ( ) 50 anos ou mais

A4. Raça/ Cor:

a. ( ) branco(a) b. ( ) negro(a) c. ( ) pardo / mestiço(a)

d. ( ) amarelo(a) e. ( ) indígena

B. PERFIL SOCIAL

B1. Estado Civil/ Parceira Afetiva:

b. ( ) Solteiro b. ( ) Casado/ União Estável c. ( ) Separado

d. ( ) Divorciado e. ( ) Viúvo

B2. Dados Sócio Demográficos da Família:

B2.1. Renda: (Considerando o salário-mínimo será de R$1.212,00 (mil duzentos e doze reais) (LEI Nº 14.358 DE 01.01.2022).

a. ( ) Entre 1 até 3 sal. mín (R$ 1.220,00 a R$ 3.636,00)
b. ( ) Entre 3 até 5 sal. mín (R$ 3.636,00 a R $ 6.060,00)
c. ( ) Entre 5 até 7 sal. mín (R$ 6.060,00 a R$ 8.484,00)
d. ( ) Mais de 7 salários mínimos (R$ 8.484,00)

B.2.2. Marque com um X quem é o (a) chefe de família:

CHEFE DE FAMÍLIA	
Entrevistado (a)	
Cônjuge	

B.2.3. Condições do imóvel que ocupa:

a. ( ) Próprio b. ( ) Alugado c. ( ) Cedido (emprestado)
d. ( ) Pensão, Hotel ou similares
e. ( ) Mora na casa de familiares ou outras pessoas
f. ( ) Outro Qual?_____

B.2.3.1. Quantos cômodos têm em sua casa (incluindo quarto, sala, cozinha e banheiro)? _____

B.2.3.2. Quantas pessoas moram na casa, incluindo você e seu filho? _____

B.2.3.3. Caso tenha filhos, especifique quantidade e quem cuida da criança? _____

C. PERFIL PROFISSIONAL

C1. Formação profissional:

a. ( ) Enfermagem b. ( ) Medicina c. ( ) Educação Física

d. ( ) Farmácia e. ( ) Serviço Social f. ( ) Fisioterapia

g. ( ) Nutrição h. ( ) Odontologia i. ( ) Psicologia

j. ( ) Outro:_____

C2. Tempo de graduação**:**

a. ( ) menos de um ano b. ( ) 1- 5 anos c. ( ) 6 - 10 anos

d. ( ) 11- 20 anos e. ( ) 21 anos ou mais

C3. Marque o Grau de Instrução e Curso correspondente com ano de conclusão.

a. ( ) Pós Graduação: _____

b. ( ) Residência:_____

c. ( ) MBA _____

d. ( ) Mestrado_____

e. ( ) Doutorado:_____ _____

f. ( ) Área da Gestão _____

C4. Que mecanismo (s) de seleção foi (ram) utilizado (s) para sua contratação como Gerente de UBS? (Pode marcar mais de uma resposta) e pode acrescentar o que julgar necessário.

a. ( ) Indicação: _____

b. ( ) Análise de Currículo: _____

c. ( ) Prova Escrita _____

d. ( ) Prova Prática _____

e. ( ) Entrevista: _____

C.4.1. a. ( ) Processo Interno b.( ) Processo Externo

C5. Sinalize quais critérios a seguir (Resolução SMS Nº 2964 de 10 de Junho de 2016, para contratação de novos gerentes você possui:

a. ( ) Ter no mínimo 3 anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.

b. ( ) Ter no mínimo 5 anos de experiência de atuação na área da saúde em atividades de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária.

c. ( ) Ter no mínimo 5 anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.

d .(.) Ter participado, ao menos de uma atividade de atualização científica e ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, Cursos presenciais ou á distância) no último ano, antes da contratação/ nomeação.

e. ( ) Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de saúde.

f. ( ) Ter curso de especialização em saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.

g. ( ) Ter Residência ou Título de Especialista em Saúde da Família.

h. ( ) Ter concluído o terceiro ano de residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.

i.( ) Ter Título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.

j. ( ) Ter participado do programa Líderes Cariocas por um período mínimo de 2 anos, sendo devidamente aprovado (resolução SMS- RJ Nº 2964/ 2016).

C6. Sua remuneração total bruta no cargo de gerente está na faixa de (Considerando o salário-mínimo será de R$1.212,00 (mil duzentos e doze reais) (LEI Nº 14.358 DE 01.01.2022). Caso receba adicional por qualificação, favor especificar abaixo.

a. ( ) 2 a 5 salários mínimos
b. ( ) 5 a 8 salários mínimos
c. ( ) 8 a 10 salários mínimos
d. ( ) Acima de 11 salários mínimos
e. Adicional-(Qualificação): a. ( ) Não b. ( ) Sim:_____

C7. Aponte há quanto tempo você atua no cargo de gerente de UBS e quantas clínicas já gerenciou desde quando começou na função?
a. ( ) Até 6 meses _____
b. ( ) De 6 meses a 1 ano _____
c. ( ) De 1 a 2 anos _____
d. ( ) De 3 a 4 anos _____
e. ( ) Mais de 4 anos _____

C8. Antes de atuar como Gerente de uma UBS, você já tinha experiência na ESF? Caso positivo, cargo e tempo.

a. ( ) Sim, na mesma Unidade de Saúde

b. ( ) Sim, em outra Unidade de Saúde

c. ( ) Sim, em outro Município

d. ( ) Não teve experiência anterior

Observações:

D. PERFIL DO GERENTE DA UBS ATUAL

D1. Aponte há quanto tempo você atua no cargo de gerente de UBS na Clínica atual.

a. ( ) Até 6 meses _____

b. ( ) De 6 meses a 1 ano _____

c. ( ) De 1 a 2 anos _____

d. ( ) De 3 a 4 anos _____

e. ( ) Mais de 4 anos _____

D2. Consegue cumprir apenas as 40 hrs semanais contratadas?

a. .( ) Não b. ( ) Sim: _____

D3. Sua unidade atual enquadra se na categoria Tipo A ou B?

a. ( ) Categoria A b. ( ) Categoria B

D4. Quantas Equipes de ESF possui a UBS em que você atua?

a. ( ) Até 2 Equipes

b. ( ) De 2 a 4 equipes

c. ( ) De 5 a 8 equipes

d. ( ) Mais de 9 equipes

D5. A unidade que gerência atualmente tem residência? Especifique.

a. .( ) Não b. ( ) Sim: _____

D6. A unidade que gerencia atualmente recebe estagiários? Especifique.

a. ( ) Não b. ( ) Sim: _____

D7. Quantos colaboradores atuam na unidade sob sua gestão local?

_____

D8. Acerca do controlador de acesso que trabalha na sua unidade.

a. ( ) Porteiro
b. ( ) Vigia
c. ( ) Articulador
d. ( ) Outro._____

PARTE 2

VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO GERENTE DE UBS

E.1 Conte-me acerca da sua trajetória até ocupar o cargo de gerente de UBS, por favor.

E.2 Ao assumir a gestão de UBS, teve algum treinamento ou capacitação para o cargo? Sente-se apoiado?

E.3 Fale sobre as suas experiências como gerente de UBS na APS do Rio de Janeiro.

E.4 Na sua percepção, como vivenciou tais experiências?

E.5 Quais as ferramentas de gestão e ou fatores subjetivos considera importante para atuação de um gerente de ubs?

E.6 Considerando a sua atuação, quais fatores facilitam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de ubs?

E.7 Como você percebe os fatores que dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de ubs?

E.8 Quais as potencialidades que você vislumbra enquanto gerente de ubs?

E.9 Quais são os desafios enfrentados pela gestão local no cotidiano da clínica da família?

E.10 Sugestão de tema para qualificação do trabalho do gerente de ubs, por favor.

Adriana Clemente Maia
Enfermeira- Coren RJ 237-914 gov.br

Rio de Janeiro, / /2023

_____

Assinatura da Pesquisadora Principal

APÊNDICE X- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO TESTE BINOMIAL E P VALOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo

A aplicação de um teste estatístico (ou de significância) serve para verificar se os dados amostrados fornecem evidência suficiente para que se possa aceitar como verdadeira a hipótese de pesquisa, precavendo-se, com certa segurança, de que as diferenças observadas nos dados não são meramente casuais. Assim adota-se 0,5 como parâmetro de probabilidade, para que seja possível anula a hipótese nula para p valor> 0,05.

H0: Não há concordância entre os juízes para o item 1 da cartilha(p-=80%).

H1:Há concordância entre os juízes para o item 1 da cartilha(p>80%).

Metodologia

1. Com as variáveis de interesse colocadas na tabela;
2. Nos menus, escolha:
   Analisar > Testes Não Paramétricos > Diálogos Legados > Binomial;
3. Selecione uma ou mais variáveis de teste numéricas;
4. Opcionalmente, clique em Opções para estatísticas descritivas, quartis e controle do tratamento de dados omissos.

Referência

MAGALHÃES, DL. Apostila de estatística básica SPSS. IBM.

APÊNDICE XI- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR do ÍNDICE DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

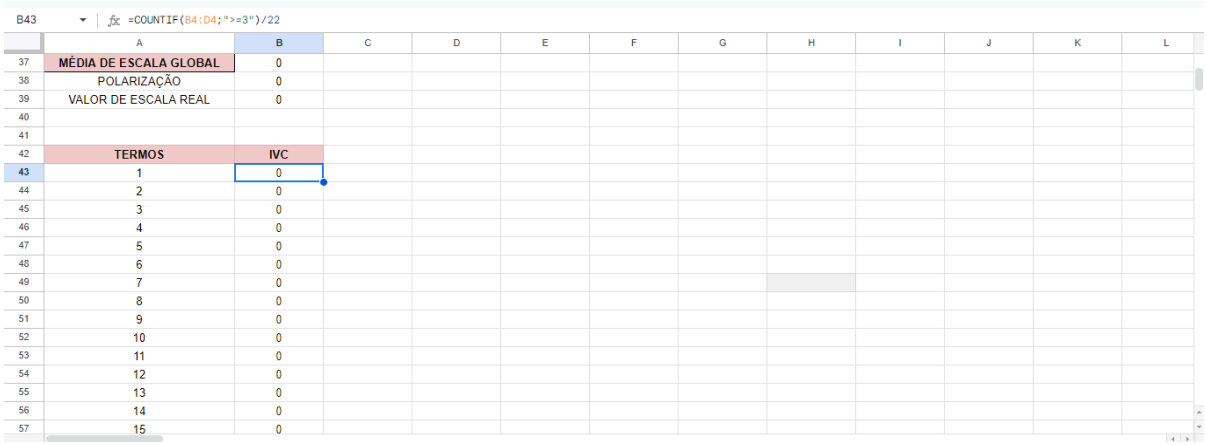
Objetivo

Medir a proporção ou porcentagem de concordância de especialistas sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens.

Metodologia

Primeiramente, deve-se quantificar apenas os valores maiores ou iguais a 3 ou 4, divididos pelo número total de especialistas, fazendo-se: =COUNTIF(B4:D4;">=3")/22

Figura 18: Cálculo do IVC por item

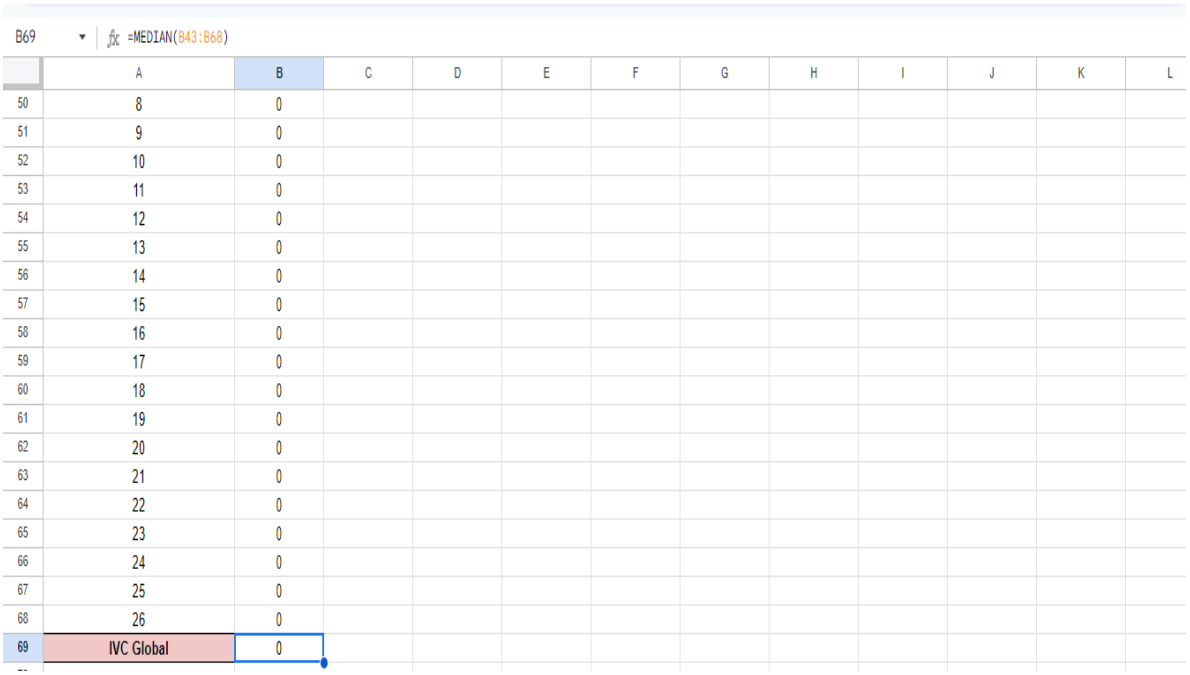


	A	B
37	MÉDIA DE ESCALA GLOBAL	0
38	POLARIZAÇÃO	0
39	VALOR DE ESCALA REAL	0
40		
41		
42	TERMOS	IVC
43	1	0
44	2	0
45	3	0
46	4	0
47	5	0
48	6	0
49	7	0
50	8	0
51	9	0
52	10	0
53	11	0
54	12	0
55	13	0
56	14	0
57	15	0

Fonte: Elaboração Própria, 2023

Posteriormente, para se obter o IVC- Global, fez-se a média de todos os IVC´s de cada termo encontrado, com a fórmula:=MEDIAN(B43:B68), como ilustrado na figura.

Figura 19: Cálculo do IVC global



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
50	8	0										
51	9	0										
52	10	0										
53	11	0										
54	12	0										
55	13	0										
56	14	0										
57	15	0										
58	16	0										
59	17	0										
60	18	0										
61	19	0										
62	20	0										
63	21	0										
64	22	0										
65	23	0										
66	24	0										
67	25	0										
68	26	0										
69	IVC Global	0										

Fonte: Elaboração Própria, 2023

Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC e preferencialmente, maior que 0.90 (Yusoff, 2019). Os valores de I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens.

Referência

Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. Education in Medicine Journal. 2019;11(2):49–54.

APÊNDICE XII- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO KAPPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo

Trata-se de um método estatístico para avaliar o nível de concordância ou reprodutibilidade entre dois conjuntos de dados.

Metodologia
O método pode ser calculado pela seguinte fórmula:
• Pode ser Calculado pela equação:

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e} = 1 - \frac{1 - p_o}{1 - p_e},$$

Onde: p0 é a taxa de aceitação relativa pe é a taxa hipotética de aceitação
Obs: quando a concordância é total entre os dois conjuntos de dados k =1,0

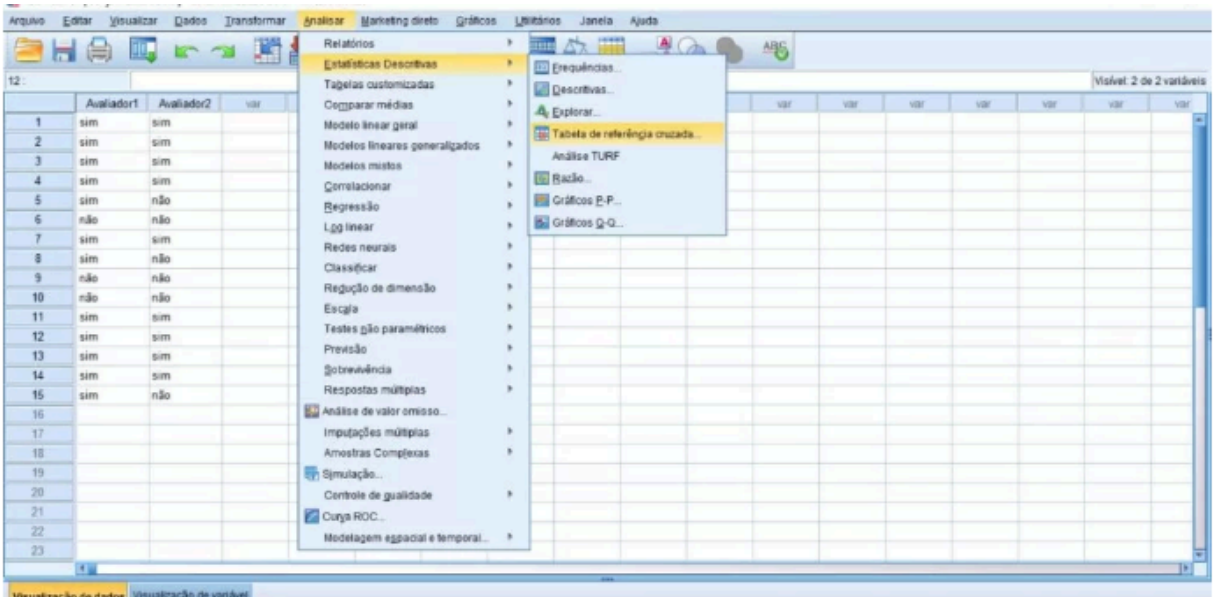
Tabela 11: Níveis de Reprodutibilidade de Kappa

Valor de Kappa	Interpretação
Menor que 0	Insignificante
Entre 0 e 0,2	Fraco
Entre 0,21 e 0,4	Razoável
Entre 0,41 e 0,6	Moderada
Entre 0,61 e 0,8	Forte

Fonte: Landis e Koch (1977)

Para tal validação, foi utilizado o programa SSPS (software aplicativo do tipo científico), em que foram escolhidos dois avaliadores ao acaso para que sejam analisados o nível de concordância entre as avaliações dos autores. O primeiro passo foi colocar as avaliações dos itens de cada instrumento (design e conteúdo), com dois avaliadores distintos. Posteriormente, observando o painel, clicou-se em Analisar. Por conseguinte, aparece a opção de estatísticas descritivas, e por fim, tabelas de frequência cruzadas

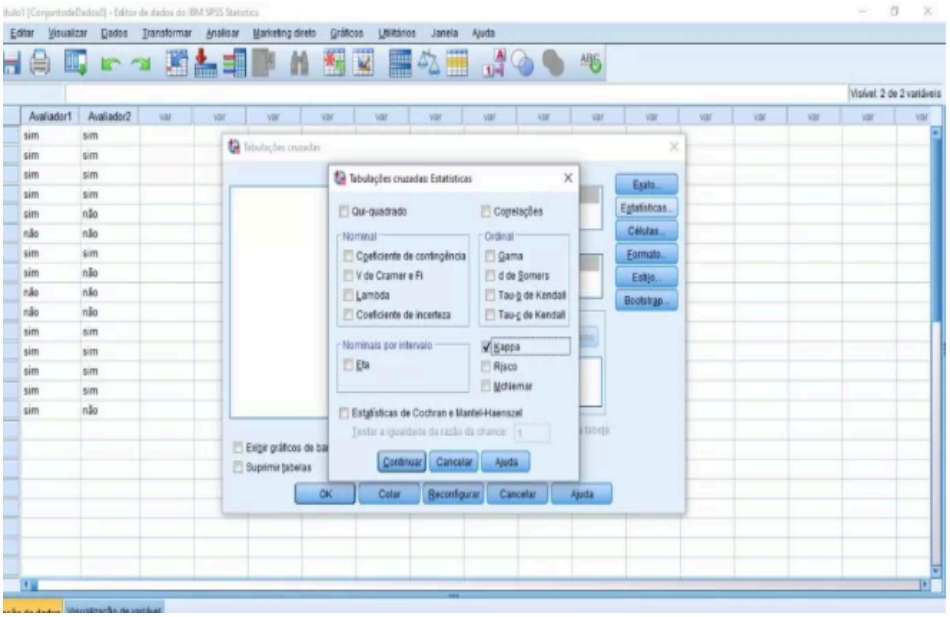
Figura 20: Escolha do método de Análise



Fonte: Psicometria Online, 2023

Na segunda parte, abrirá uma aba para colocação das colunas. Sendo uma a coluna do avaliador 1 e na linha avaliador 2 para que possam cruzar os dados. Assim, deve-se seguir para estatísticas e depois escolher o método kappa. A partir disso, surgiram as análises das estatísticas a serem vistas.

Figura 21: Desenvolvendo Kappa



Fonte: Psicometria Online, 2023

Figura 22: Exemplo de Análise de Resultados do Kappa

Medidas Simétricas

		Valor	Erro Padronizado Assintótico[a]	T Aproximado[b]	Significância Aproximada
Medida de concordância	Kappa	,545	,209	2,372	,018
Nº de Casos Válidos		15			

a. Não assumindo a hipótese nula.

b. Uso de erro padrão assintótico considerando a hipótese nula.

Referências

COHEN J. A (1960). Coefficient of agreement for nominal scales. Journal of Educational and Measurement, v.20, n.1, p.37-46.

FLEISS JL. (1981). Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley. p. 212-36.

McHUGH, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. Biochemia medica: Biochemia medica, 22(3), 276-282.

APÊNDICE XIII- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO ALFA CRONBACH

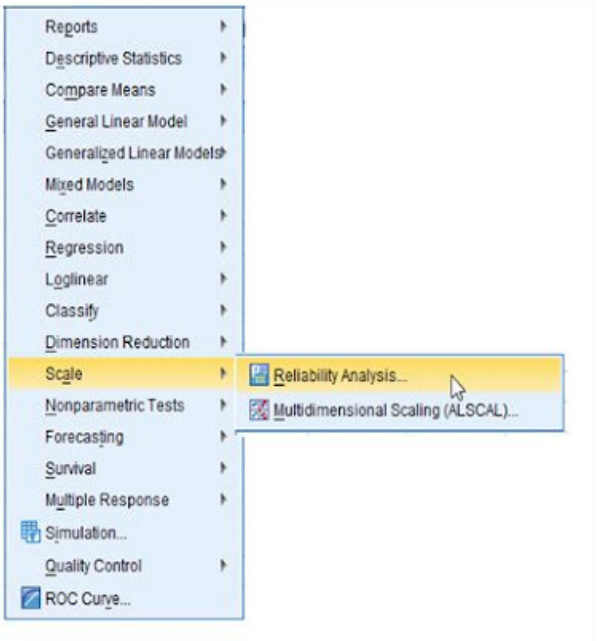
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo

Medir a proporção ou porcentagem de concordância de especialistas sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens, com a inclusão dos itens e vieses dos especialistas.

1. Clique em Analisar, Escala, Análise de confiabilidade

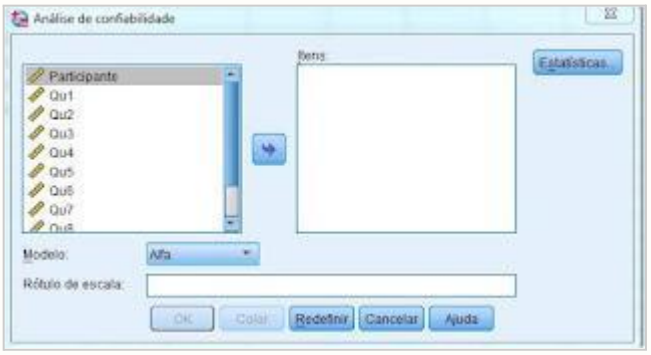
Figura 23: Etapa 1



Fonte: Vieira, 2019

2. Você será apresentado à seguinte caixa de diálogo:

Figura 24: Etapa 2



Fonte: Vieira, 2019

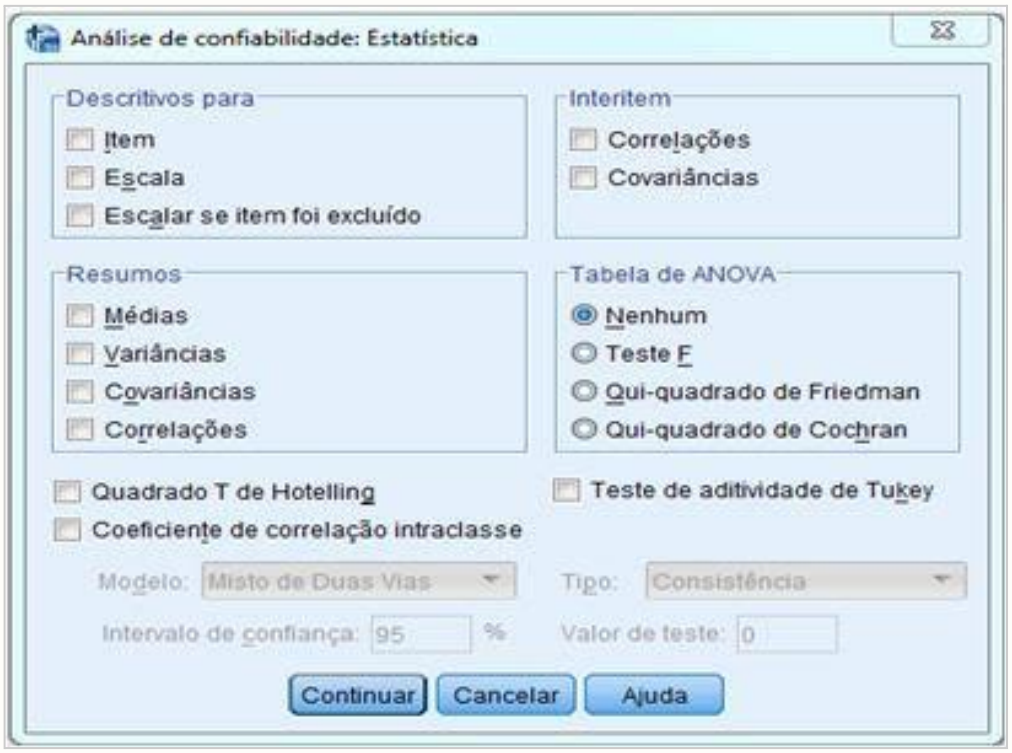
3.Transfira as variáveis Qu1, Qu2,..., Qu3 para a caixa “itens” usando o botão ou copie todas de uma vez e as transfira para a caixa “Itens”. Veja:

Figura 25 Etapa 3

Fonte: Vieira, 2019

4. Em Modelo, clique em "Alfa", que representa o alfa de Cronbach no SPSS. Se você quiser fornecer um título para esta análise, digite-o na caixa Rótulo da escala. O título digitado fica impresso na parte superior da saída do SPSS. Só isso, então você não precisa colocar título (no nosso exemplo, deixamos em branco). Depois, clique em Estatísticas. Você será apresentado à caixa de análise de confiabilidade estatística.

Figura 26: Etapa 4



Fonte: Vieira, 2019

5. Você pode selecionar vários fatores, mas nem pense em selecionar todos. Clique em Resumos, "Médias" e "Correlações". O mais importante, porém, e o "Escalar se o item foi excluído". Clique em "Continuar. Você retornará à caixa inicial.

6. Clique em OK. Você terá a Saída.

Referências

GOES L. F. et al. **Análise Da Confiabilidade De Um Questionário Para Identificar Concepções Sobre Radicais Livres E Antioxidantes Usando Alfa De Cronbach**. ISSN (DIGITAL), p.2174-6486, 2017.

APÊNDICE XIV- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO A PARTIR DO CVC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Objetivo

Medir a proporção ou porcentagem de concordância de especialistas sobre determinados aspectos de um instrumento e de seus itens, com a inclusão dos itens e vieses dos especialistas.

Metodologia

A passagem dos questionários dos juízes será passado por 6 juízes, sendo avaliado em categorias como inadequado(n=1), parcialmente inadequado (n=2), adequado(n=3) totalmente adequado(n=4). Assim, para saber o cvc de cada componente, fez-se a seleção da célula de acordo com o termo enumerado de cada juiz, buscando saber a média de cada item de classificação (inadequado; parcialmente inadequado; adequado; totalmente adequado. Assim, divide-se pelo número de juízes, e posteriormente,pelo ponto máximo da escala likert . Para isso, usou- se a fórmula=SOMA(B4:GS4)/41.

Figura 27: Primeira etapa da Validação de Fórmulas

	JUIZ 41										
otalmente dequado	NA	Inadequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	NA	EXCLUÍDOS	MÉDIA DOS TERMOS POR JUÍZES	CVC	MÉDIA CVC PELO NÚMERO MÁXIMO DE ITENS	ERRO	CVC FINAL DE CADA ITEM
4					4			0,88	=SOMA(B4:GS4)/41	0,85	0,00	0,85
					4			0,90	3,27	0,82	0,00	0,82
4					4			0,98	3,63	0,91	0,00	0,91
									0,00	0,00	0,00	0,00
4					4			0,93	3,51	0,88	0,00	0,88
4				3				0,93	3,61	0,90	0,00	0,90
4				3				0,95	3,51	0,88	0,00	0,88
4					4			0,93	3,56	0,89	0,00	0,89
4				3				0,95	3,63	0,91	0,00	0,91
4					4			0,95	3,54	0,88	0,00	0,88
4				3				0,95	3,63	0,91	0,00	0,91
4				3				0,93	3,66	0,91	0,00	0,91
4					4			0,95	3,56	0,89	0,00	0,89
4					4			0,95	3,46	0,87	0,00	0,87
4				3				0,93	3,41	0,85	0,00	0,85
4				3				0,83	3,10	0,77	0,00	0,77
									0,00	0,00	0,00	0,00
4							0	0,93	3,49	0,87	0,00	0,87
4					4			0,88	3,66	0,91	0,00	0,91
4					4			0,95	3,68	0,92	0,00	0,92
										MÉDIA	0,00	0,88

Fonte: Elaboração Própria, 2023

Assim, foi esticado para todas as colunas correspondentes de cada juiz para esta escala e para o item. Para saber a validade de conteúdo na escala como um todo,é válido saber a média de cada juiz para cada item. Assim, é dividido todas as classificações de cada juiz por item, dividido pelo número de classificações(n=4), Usa-se a fórmula:=HA4/4

APÊNDICE XV- CARTILHA DE DIRETRIZES DESENVOLVIDA COMO PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO- PTT

CARTILHA DE DIRETRIZES PARA GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

EQUIPE ORGANIZADORA

ADRIANA CLEMENTE
DISCENTE
DO MESTRADO EM APS
DA UFRJ
1

EDUARDO ALEXANDER J. C. F. LUCAS
DOCENTE ORIENTADOR DO MESTRADO
EM APS DA UFRJ
2

ALEXANDRE OLIVEIRA TELLES
DOCENTE ORIENTADOR DO MESTRADO
EM APS DA UFRJ
3

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
1.1 OBJETIVO
1.2 PÚBLICO ALVO

2. INTRODUÇÃO

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA POR NÚCLEOS DE SENTIDOS

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. REFERÊNCIAS

6. NOTAS AOS AUTORES

APRESENTAÇÃO

O respectivo documento é produto de uma pesquisa científica, proveniente de um trabalho de campo do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da UFRJ, configurada por desenho qualitativo, com os gerentes prestadores de serviços em Unidades Básicas de Saúde no município do Rio de Janeiro em área programática selecionada, a qual buscou entender os desafios e potencialidades pertinentes às atribuições dos respectivos profissionais de saúde imersos nos locais de serviços de saúde.

A construção possuiu o modelo de uma cartilha de diretrizes, a qual foi desenvolvida pelos temas mais frequentes decorridos nas entrevistas do trabalho de campo, e também observado na literatura oriunda da revisão intregrativa.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

PERCURSO METODOLÓGICO PARA CARTILHA

Autoria Própria a partir dos recursos do Canva

OBJETIVO

Auxiliar os gestores das unidades de Atenção Primária à Saúde nos processos de trabalho a partir de instrumento facilitador com embasamento teórico científico.

PÚBLICO ALVO

Gestores das unidades de Atenção Primária em Saúde.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

INTRODUÇÃO

Criado em 1994, o Programa Saúde da Família iniciou o processo de transformação do setor saúde no Brasil. O programa foi fortalecido e aprovado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, tornando a APS, porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, se formou pela construção de vínculos entre profissionais e usuários, levando em consideração a necessidade de conectividade integral desde a promoção até a recuperação da saúde.

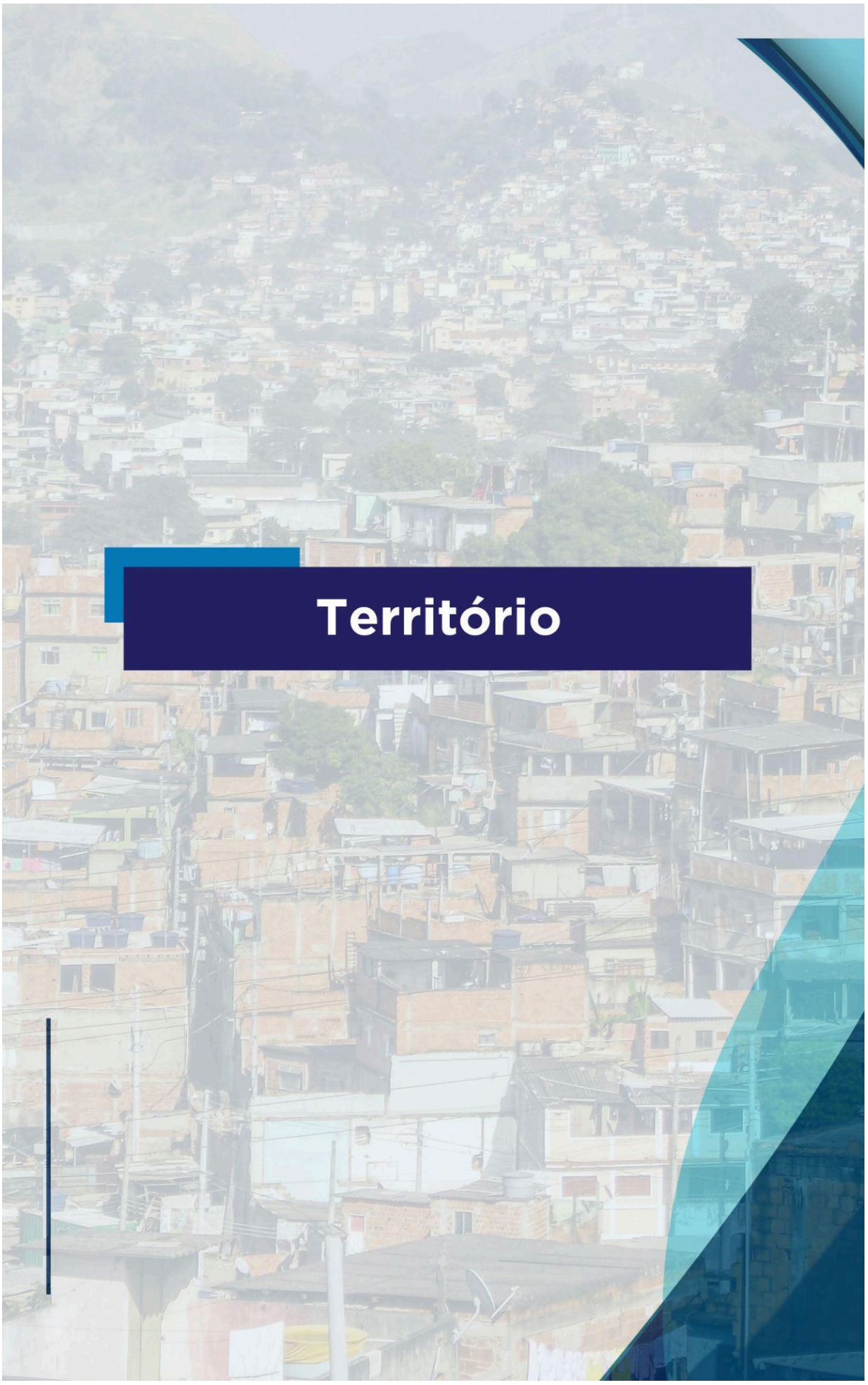
Porém, a respectiva política passou por diversas mudanças nesse período. Assim, em 2017, o formato de financiamento foi alterado e os cargos de gestão foram incluídos nas unidades de saúde dos municípios credenciados. As responsabilidades dos gestores incluem ações como a otimização dos recursos físicos e humanos, a familiarização com os mecanismos de integração entre as agências da RAS conforme a necessidade, e a obtenção de conhecimento sobre o diagnóstico da situação local, entre outras.

INTRODUÇÃO

Contudo, é importante ressaltar que a maioria dos gestores possuem entraves para realizar essas tarefas, que muitas vezes são absorvidas pela sobrecarga contínua em meio à falta de apoio dos gestores superiores, fragilidades estruturais e rotatividade de pessoal. Além disso, um treinamento de continuidade deficiente prejudica a fluidez do trabalho de cada profissional. Por outro lado, a implementação de atividades também enfrenta desafios como a autonomia, que depende de outros fatores e influências locais.

Assim, com a baixa produtividade literária voltada ao apoio dos gestores, obteve-se a necessidade de construção dessa cartilha, para que houvesse esse compilado de norteamentos para o desenvolvimento de potencialidades dentro dos serviços, a partir dos núcleos de sentido extraídos de suas maiores demandas mencionadas nas entrevistas.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva



Território

PORTARIA 2.436 DA PNAB 2017

O diagnóstico territorial da área adscrita (aspectos demográficos, socioeconômicos, culturais e sanitários) das unidades de saúde é uma ferramenta que proporciona uma maior visibilidade das necessidades da população referente, como exposto nos incisos II e XI nas atribuições dos gerentes na atualização da PNAB em 2017.

II — *PARTICIPAR E ORIENTAR O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DAS EQUIPES, AVALIANDO RESULTADOS E PROPONDO ESTRATÉGIAS PARA O ALCANCE DE METAS DE SAÚDE, JUNTO AOS DEMAIS PROFISSIONAIS;*

XI — *CONHECER A REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS SOCIAIS DO TERRITÓRIO, E ESTIMULAR A ATUAÇÃO INTERSETORIAL, COM ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA AS VULNERABILIDADES EXISTENTES NO TERRITÓRIO;*

Assim, configura-se um processo de articulação do modelo assistencial tendo em vista o cadastramento das famílias e suas atualizações, assim como, a potencialização de ações voltadas para os usuários, juntamente com a oferta de serviços para os maiores riscos de saúde encontrados.

Demandas do gerenciamento territorial

Elaboração própria a partir do Guia de Territorialização e Diagnóstico da Área, 2019

Como visto no diagrama acima, o território, por ser um espaço de constante e intensa dinamicidade, requer que os gestores locais atuem de forma integral e intersetorial em suas respectivas áreas, de forma que consiga englobar e interpretar todas as suas singularidades. Por isso, é relevante que o gestor saiba interpretar as principais características das condições de saúde da população, redes referenciadas e sua infraestrutura, e famílias da área de abrangência.

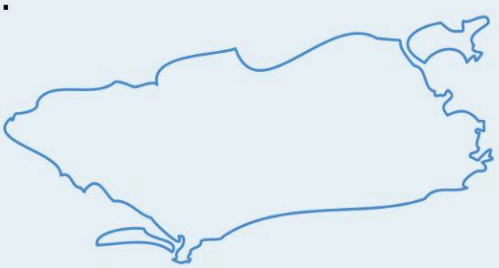


Imagem Proveniente dos recursos do Canva

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ADSCRITA

Para qualquer planejamento de ações, tratando-se de Saúde da família e Comunidade, em sua maioria com territórios de vulnerabilidade marcante e conflagrados, deve-se conhecer quem é o usuário, aonde ele frequenta, o que ele consome, quais são os locais que ele adquire seus alimentos, entre outros.

Dessarte, pode-se compreender a competência cultural local, assim como o total de famílias com cadastro ativo na unidade; composição da maioria das famílias (estrutura); horários de maior acesso da unidade pela população; distribuição populacional da área de abrangência, juntamente com seu percentual de cobertura; número de nascimentos no ano anterior; atentar para populações transitórias e de rua, e áreas com maiores índices de violência; feiras livres, oferta de transporte público; lazer; limites geográficos, barreiras territoriais, entre outros.

Conhecimento da População Adscrita

Tipo de Preservação da Região e presença de construções abandonadas

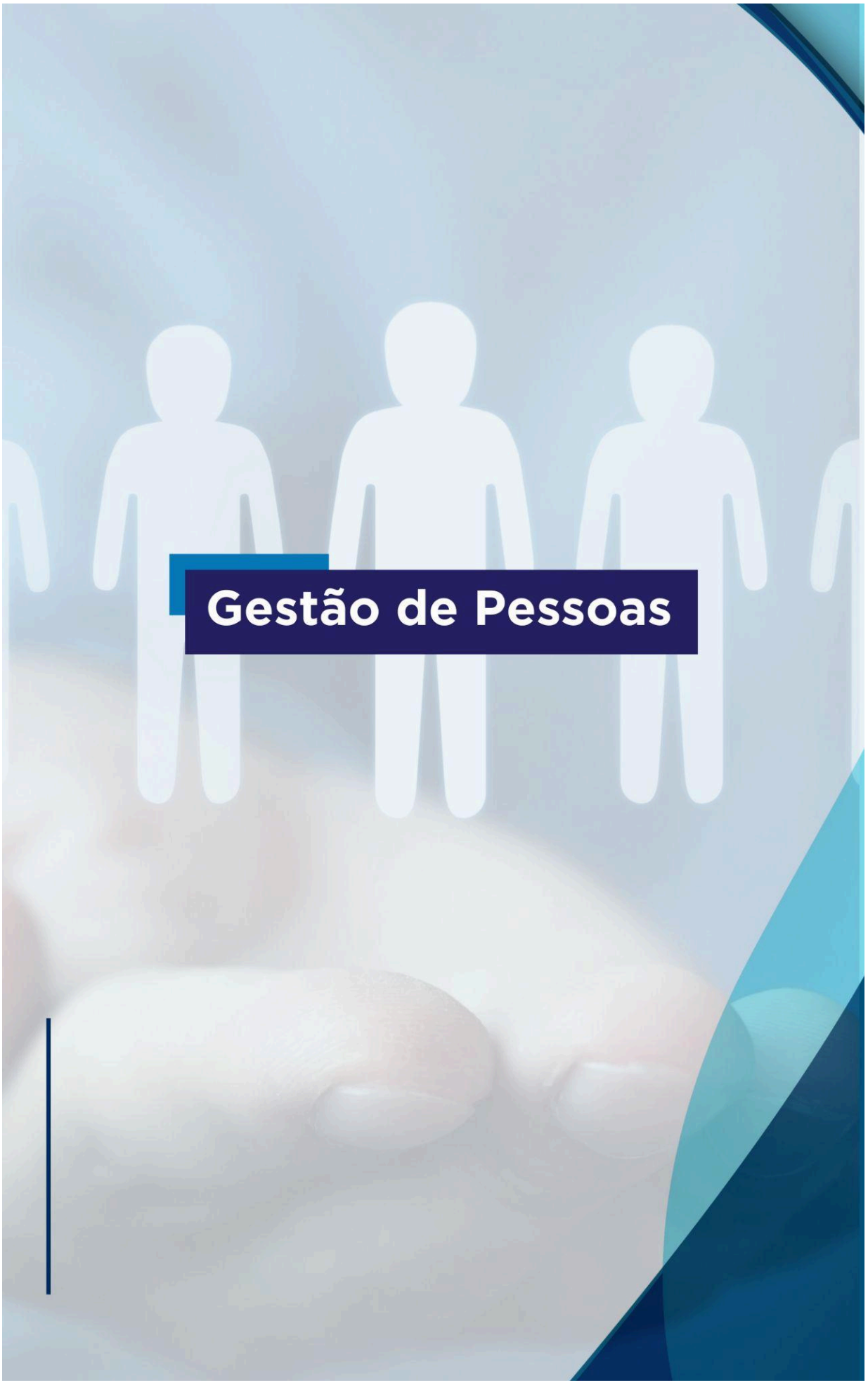
Áreas com elementos de risco social, sanitário e ambiental

Foco de Vetores e locais com acúmulo de lixo

Área com expansão Imobiliária

Elaboração própria a partir do Guia de Territorialização e Diagnóstico da Área, 2019

Portanto, é válido pontuar que esse processo é contínuo, e varia com seus fatores sociais em dimensões de equipe, área de abrangência, município e Estado. Sem acompanhar esse processo, a gestão local torna-se mais frágil na integralidade do cuidado e seus determinantes, entendendo território como um lugar de vida, trabalho e produção de saúde, perante a uma estruturação da APS que abrange da prevenção até a reabilitação.


Gestão de Pessoas

ATRIBUIÇÕES DECORRENTES

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção em Gestão do SUS, *"a gestão é um campo de ação humana que visa a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para obtenção de fins/metas/objetivos"*

Congruentemente, de acordo com a PNAB (2017), três atribuições da gerência perpassam pelo gerenciamento de pessoas:

VII *ESTIMULAR O VÍNCULO ENTRE OS PROFISSIONAIS FAVORECENDO O TRABALHO EM EQUIPE;*

III *ACOMPANHAR, ORIENTAR E MONITORAR OS PROCESSOS DE TRABALHO DAS EQUIPES QUE ATUAM NA AB SOB SUA GERÊNCIA, CONTRIBUINDO PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS DE SAÚDE, BEM COMO PARA A MEDIAÇÃO DE CONFLITOS E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS;*

XII *IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO/QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM CONJUNTO COM A EQUIPE, VISANDO MELHORIAS NO PROCESSO DE TRABALHO, NA QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE DA ATENÇÃO, E PROMOVER A EDUCAÇÃO PERMANENTE, SEJA MOBILIZANDO SABERES NA PRÓPRIA UBS, OU COM PARCEIROS;*

ACOMPANHAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

O gerente, meio a diversas atividades, possui a competência de observar o processo de trabalho dos seus colaboradores, sendo importante observar:

Acompanhamento dos profissionais

Elaboração própria a partir do Manual de Gerenciamento da APS, 2021

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A adequada capacitação nos sistemas de informação, abrangendo toda a equipe da unidade de saúde, promove uma melhor qualificação de dados na busca de ascensão por resultados. Porém, apesar de estar descrito como uma atribuição na Portaria 2.136 da PNAB, a ocupação dos cargos, como o da gerência, não prepara os profissionais para o uso de diferentes sistemas de informação, os quais impactam diariamente no seu processo de trabalho.

V *ASSEGURAR A ADEQUADA ALIMENTAÇÃO DE DADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA VIGENTE, POR PARTE DOS PROFISSIONAIS, VERIFICANDO SUA CONSISTÊNCIA, ESTIMULANDO A UTILIZAÇÃO PARA ANÁLISE E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, E DIVULGANDO OS RESULTADOS OBTIDOS;*

MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

A resolução de conflitos foi um tema de muita frequência nas falas dos gestores, pois o cotidiano dos fluxos de trabalho com diferentes pessoas e contextos, demanda um papel da gerência de mediador, o qual busca uma resolutividade que consiga satisfazer as partes envolvidas e humanizar tal processo de tomada de decisões, em busca de soluções profícuas.

Diante disso, para o funcionamento de tal engrenagem, é importante enfatizar que o profissional líder deve manter um posicionamento cooperativo, capaz de estimular o diálogo e reflexão, para que seja possível a construção de uma negociação.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

O Líder na Mediação de Conflitos

Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

A partir disso, ocorre a construção de um ambiente mais justo, desprovido de julgamentos, objetivando a compreensão dos fatos e fortificação do vínculo entre a equipe e gerência.

LIDERANÇA

Ser gestor requer competências que necessitam ser desenvolvidas para um melhor aproveitamento e organização dos processos de trabalho. Segundo o Caderno Facilitador de Gerentes, ser líder é *"ter capacidade de lidar/mediar conflitos na equipe/unidade; Identificação de talentos, delegação de funções e acompanhamento do desempenho dos membros da equipe, auxiliando a solução de problemas."*

Existem estilos de liderança que podem ser desenvolvidas dentro das realidades de cada equipe, sendo elas:

- **Diretiva:** Direcionada aos indivíduos de menor maturidade, os quais requerem maior atenção.
- **Orientadora:** Colaboradores possuem vontade, mas necessitam de norteamento.
- **Participativa:** Os profissionais possuem capacidade, mas sem proatividade.

- **Delegação:** Equipe possui competência e está disposta em agir.

PERFIL DOS COLABORADORES

É importante identificar os tipos de profissionais que compõem a sua equipe, a qual irá determinar seu estilo de liderança:

Avaliação do Perfil dos Colaboradores

Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DO CLIMA ORGANIZACIONAL

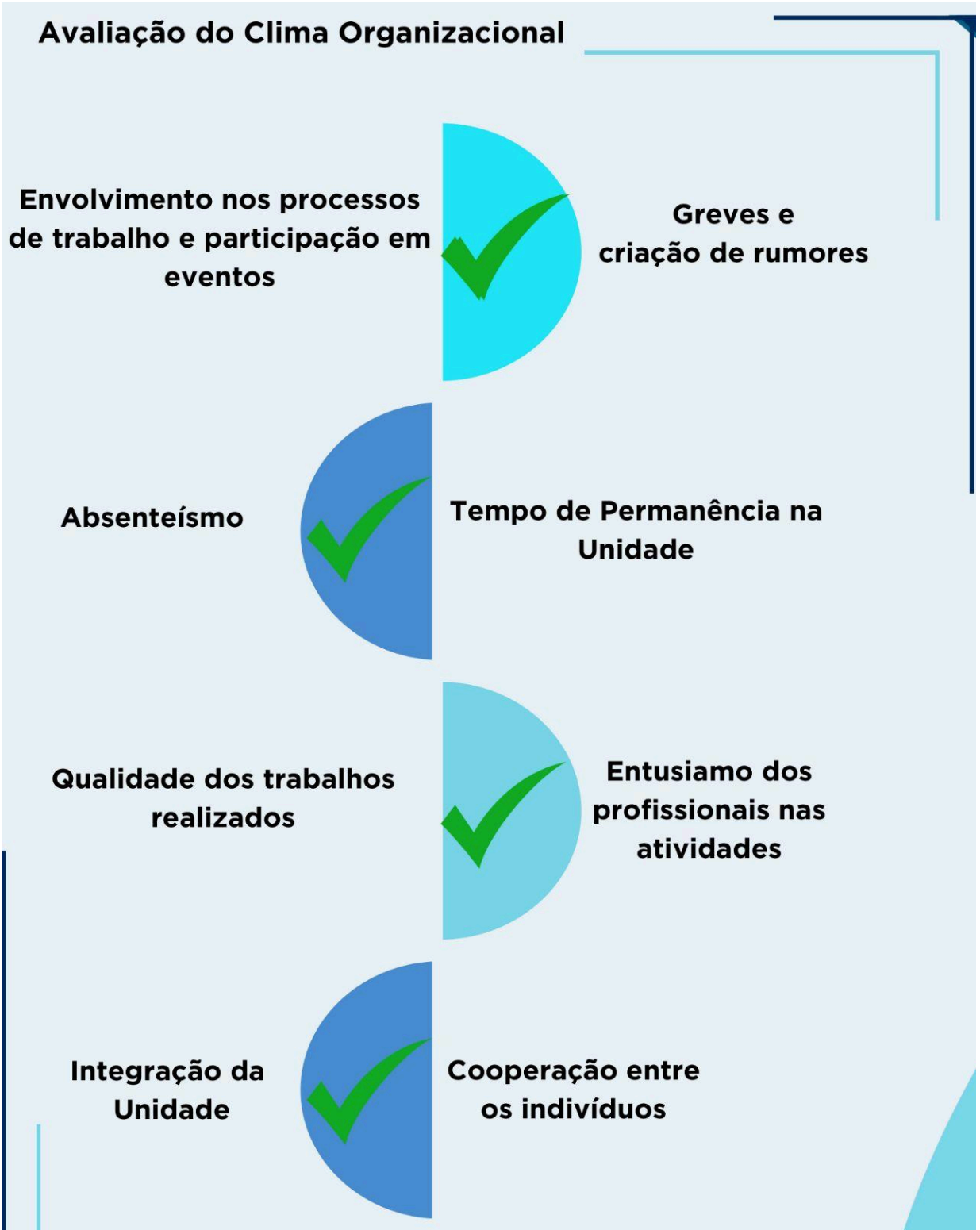
O trabalho em equipe de modo alinhado e cooperativo, reflete em maior resolutividade dentro dos serviços de saúde, sendo importante manter um elo com profissionais que estão sob a supervisão da gerência, para que haja uma maior integração nas demandas e fluxos de serviço.

Uma ferramenta gerencial capaz de medir como estão configuradas as atividades em equipe, é o nível de clima organizacional, o qual segundo a literatura, é capaz de medir o grau de contentamento da equipe no serviço.

Por meio desta, é possível observar a qualidade da vida dos colaboradores, evitando a queda de produtividade, e tornando possível o ganho de maior apoio nas decisões dos gestores, seja para implantação de ações ou modificações nas atitudes.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

Avaliação do Clima Organizacional



Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

Capacitação

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

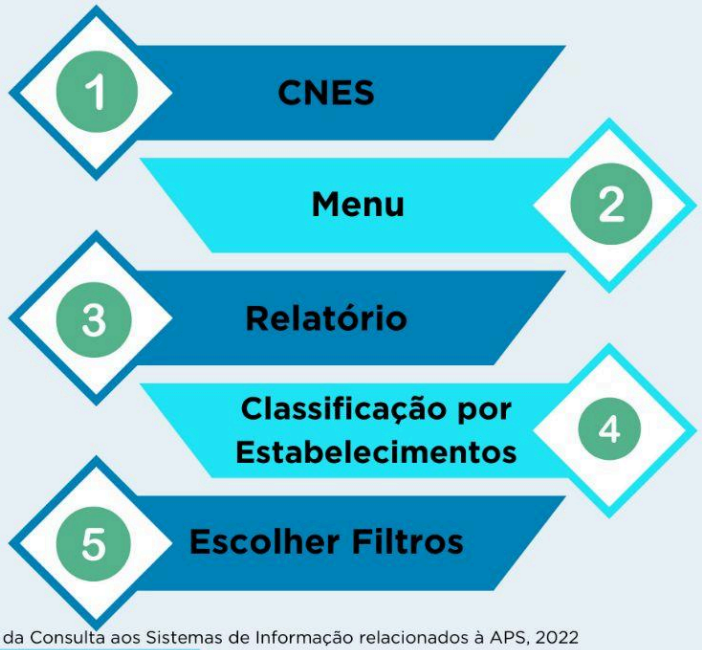
A adequada capacitação nos sistemas de informação, abrangendo toda a equipe da unidade de saúde, promove uma melhor qualificação de dados na busca de ascensão por resultados. Porém, apesar de estar descrito como uma atribuição na Portaria 2.136 da PNAB, a ocupação dos cargos, como o da gerência, não prepara os profissionais para o uso de diferentes sistemas de informação, os quais impactam diariamente no seu processo de trabalho.

V *ASSEGURAR A ADEQUADA ALIMENTAÇÃO DE DADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA VIGENTE, POR PARTE DOS PROFISSIONAIS, VERIFICANDO SUA CONSISTÊNCIA, ESTIMULANDO A UTILIZAÇÃO PARA ANÁLISE E PLANEJAMENTO DAS AÇÕES, E DIVULGANDO OS RESULTADOS OBTIDOS;*

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE(CNES)

O CNES possibilita o gestor visualizar a capacidade do modelo de assistência, juntamente com a mão de obra atuante em todo território nacional. Assim, pode obter informações sobre o total de estabelecimentos do município por tipo; detalhes dos estabelecimentos de saúde e equipes vinculadas, incluindo IBGE, CNES, nome fantasia, razão social, tipo de gestão, endereço, carga horária dos profissionais por CNES e por INE; total e detalhes de profissionais nominalmente, por CBO, no município, além de consulta detalhada a profissionais ou estabelecimentos.

Total de Estabelecimentos por tipo



Elaboração própria a partir da Consulta aos Sistemas de Informação relacionados à APS, 2022

Para a busca de profissionais ou estabelecimentos de forma detalhada, deve-se:

Identificação dos Profissionais

Elaboração própria a partir da Consulta aos Sistemas de Informação relacionados à APS, 2022

Este procedimento é relevante para acompanhar a regularidade dos profissionais que estão sob supervisão, além do controle do registro dos novos contratados.

Informações gerais para preenchimento podem ser visualizadas no site: https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/SCNES_-_Guia_de_Preenchimento

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

TABNET

Esta plataforma do DATASUS, permite que o gestor obtenha dados estatísticos sobre a sua área de forma rápida e organizada, a partir da escolha de um indicador de interesse. Assim, é possível compreender seu território e se os registros estão sendo realizados de forma correta. Deste modo, podem ser observados dados como mortalidade e nascidos vivos, sociodemográficos, agravos, nutrição, entre outros.

O uso do chamado Tabwin também é comum. Vale destacar que ambos possuem a mesma função, porém, o TABNET é a sua versão que opera exclusivamente nos sistemas de rede informatizada.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS-SINAN

O SINAN é uma plataforma de notificação de agravos de doenças compulsórias no país, sendo alimentada de modo facultativo, por outras doenças que acometem com maior frequência nos municípios e Estados.

O correto preenchimento das fichas de notificação na unidade, seja negativa, surto ou individual, impacta diretamente na continuidade do tratamento, assim como na coleta de dados para implantação de políticas públicas nas áreas de maiores riscos.

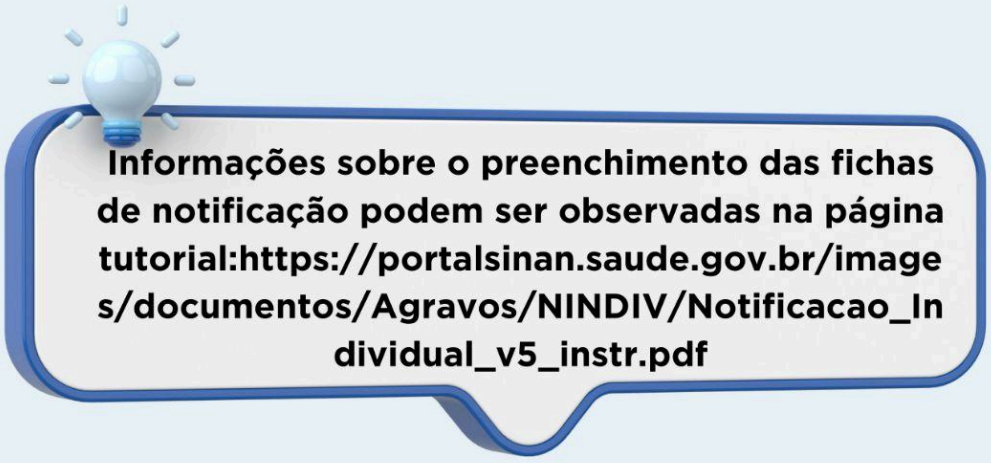


Imagem Proveniente dos recursos do Canva

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN)

O SISCAN gera dados para que o gestor da unidade possa entender a distribuição dos exames de colo de útero e de mama para organização dos serviços; observar a distribuição dos resultados dos exames e sinalizar a necessidade de treinamentos locais; além de melhorar indicadores no acompanhamento de controle de câncer com análises contínuas.

O sistema é uma ferramenta de importante impacto no planejamento de ações voltadas para este público nos serviços de saúde, pois permite uma visualização global do impacto gerado e acompanhamento da população.

Maiores Informações de uso dessa ferramenta podem ser visualizadas nesses manuais:https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-do-sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-modulos-1-2-e-3

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG)

O conhecimento da regulação assistencial e seus fluxos, pontos da rede e acompanhamento no sistema, também é um importante espelho das maiores demandas de sua unidade. Uma equipe que possui alto índice de encaminhamentos, por exemplo, deve ser avaliada. Do mesmo modo, uma equipe com um grande percentual de devolutivas por alguma informação inadequada, pode refletir um cadastro com baixa coesão.

Por isso, é importante compreender quem pode acessar, conhecer o responsável pela regulação, fluxo da solicitação de vagas, papel do responsável técnico, das unidade executantes, e dos núcleos de regulação centrais.

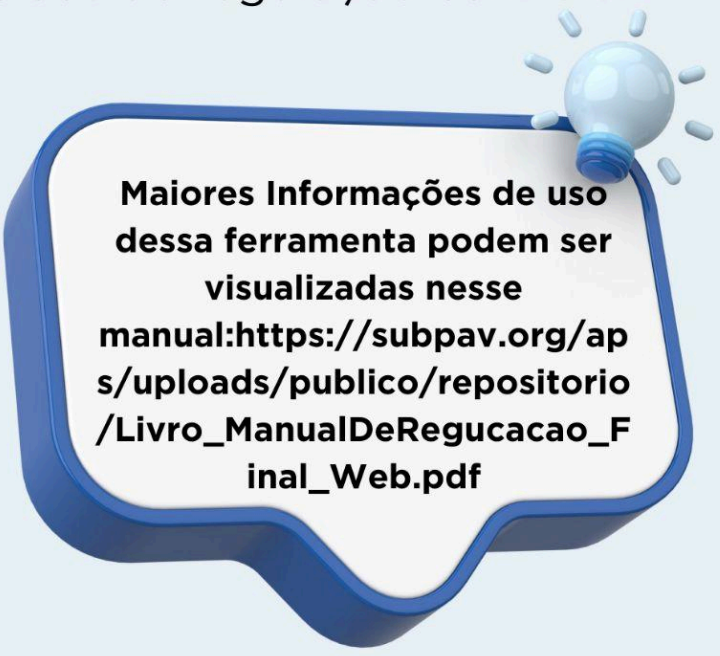


Imagem Proveniente dos recursos do Canva

Gestão Administrativa

PROCESSOS ADMINISTRATIVOS

Os gerentes, além de todas as suas atribuições, possuem a incumbência de monitorar os recursos, infraestrutura e serviços da unidade, como disposto a seguir:

VII – *POTENCIALIZAR A UTILIZAÇÃO DE RECURSOS FÍSICOS, TECNOLÓGICOS E EQUIPAMENTOS EXISTENTES NA UBS, APOIANDO OS PROCESSOS DE CUIDADO A PARTIR DA ORIENTAÇÃO À EQUIPE SOBRE A CORRETA UTILIZAÇÃO DESSES RECURSOS;*

VIII – *QUALIFICAR A GESTÃO DA INFRAESTRUTURA E DOS INSUMOS (MANUTENÇÃO, LOGÍSTICA DOS MATERIAIS, AMBIÊNCIA DA UBS), ZELANDO PELO BOM USO DOS RECURSOS E EVITANDO O DESABASTECIMENTO;*

Para isso, é importante uma equipe administrativa alinhada nos serviços, para que o controle da unidade também seja compartilhado, ainda que sob maior responsabilidade da gerência.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

Para avaliação dos processos de trabalho e sua qualidade, é relevante que ocorra um monitoramento dos processos, chamado de Teoria Geral dos Processos, segundo Donabedian (1981).

Assim, os processos seriam desenvolvidos e pontuados a partir da **estrutura** (avaliação dos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros essenciais para assistência); disponibilidade de mão de obra qualificada; **processos** com **resultado** satisfatório, e níveis de atividades envolvendo profissionais de saúde.

Análise do Produto final de Saúde

Elaboração própria a partir do Manual de Gerenciamento da APS, 2021

COMO PLANEJAR?

O excesso de atribuições e demandas espontâneas que atravessam o cotidiano nas unidades de saúde, vão de encontro à extrema busca por resultados satisfatórios dentro dos processos avaliativos de trabalho, tendo o gestor a necessidade de obter um planejamento constante de suas atividades e metas:

> XIV *TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS NO MENOR PRAZO POSSÍVEL QUANTO A OCORRÊNCIAS QUE INTERFIRAM NO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE;*

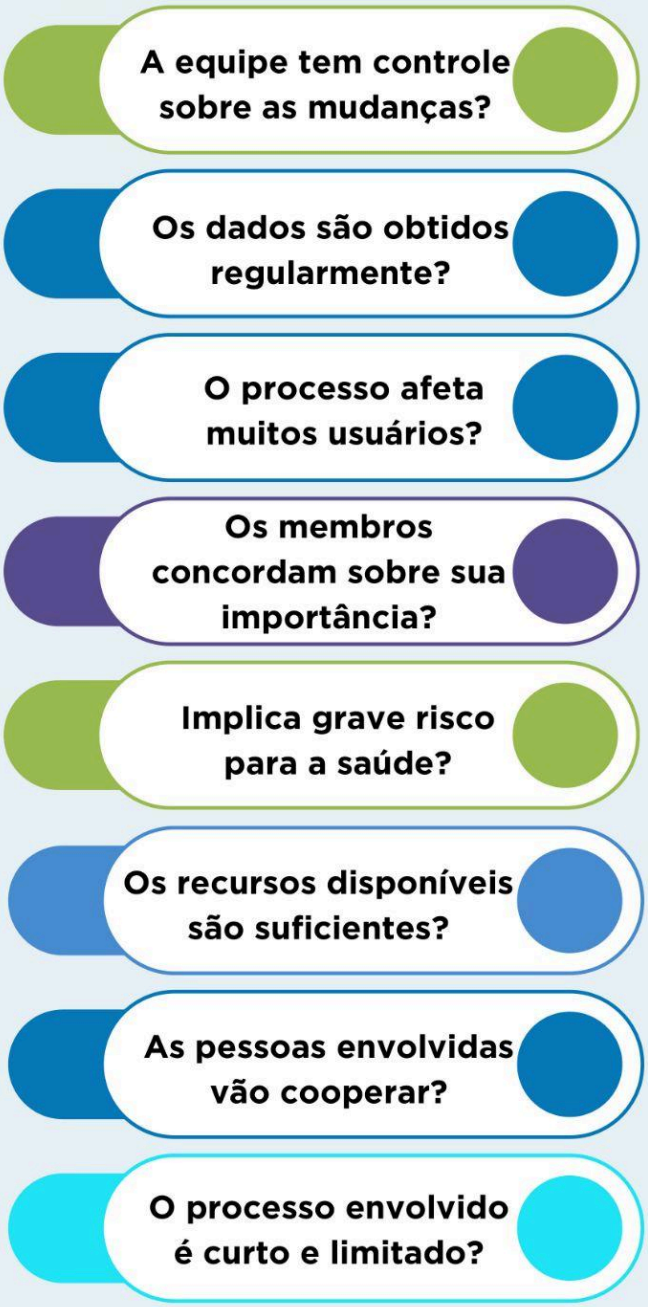
Assim, entende-se por planejamento o agir ou pensar antes da implantação de ações, e quando inserido juntamente com estratégias, são elaborados a partir de problemas. Por isso, é importante que o gestor conheça algumas ferramentas de qualidade para que promova uma concisa utilização do seu tempo, investimento e recursos dentro da equipe.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

MATRIZ DE PRIORIDADES

A técnica possui como objetivo a priorização de problemas em seu momento inicial, para que haja um norteamento de ações a partir da discussão com a equipe.

Critérios de Eleição de Ideias ou Problemas



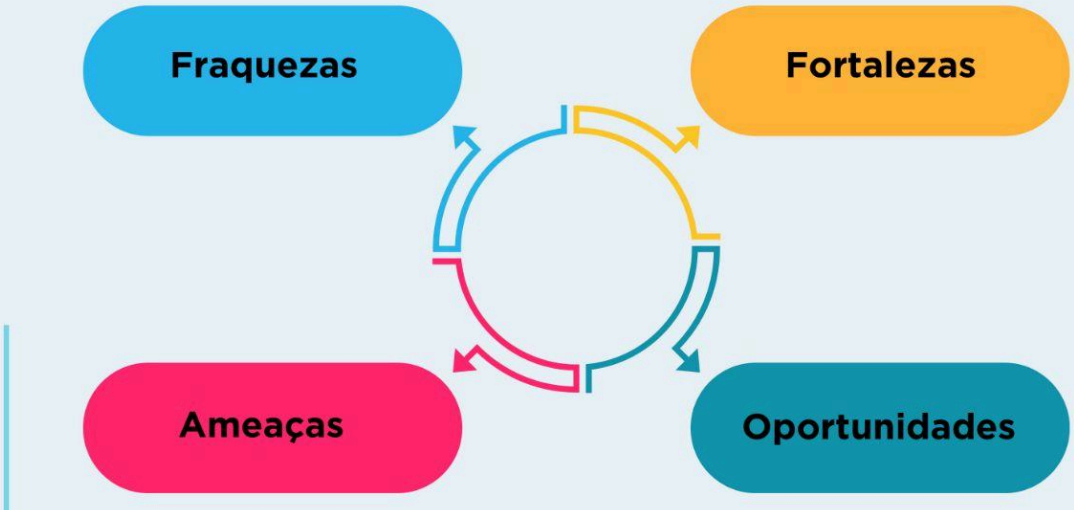
Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

MATRIZ FOFA

A matriz FOFA é proveniente das palavras em inglês Strengths (fortalezas), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Por meio desta, é possível identificar as falhas imersas nos processos de trabalho, assim como seus pontos fortes, a fim de potencializar os caminhos dos bons resultados, e desenhar estratégias para um melhor desempenho nos analisados com fragilidades.

O ambiente externo à equipe também é observado por meio das ameaças e oportunidades, a fim de elaborar planos junto às famílias, comunidades, território, e gestores superiores. Pode-se exemplificar um indicador não atingido como base para planejamento.

Desenho da Matriz FOFA



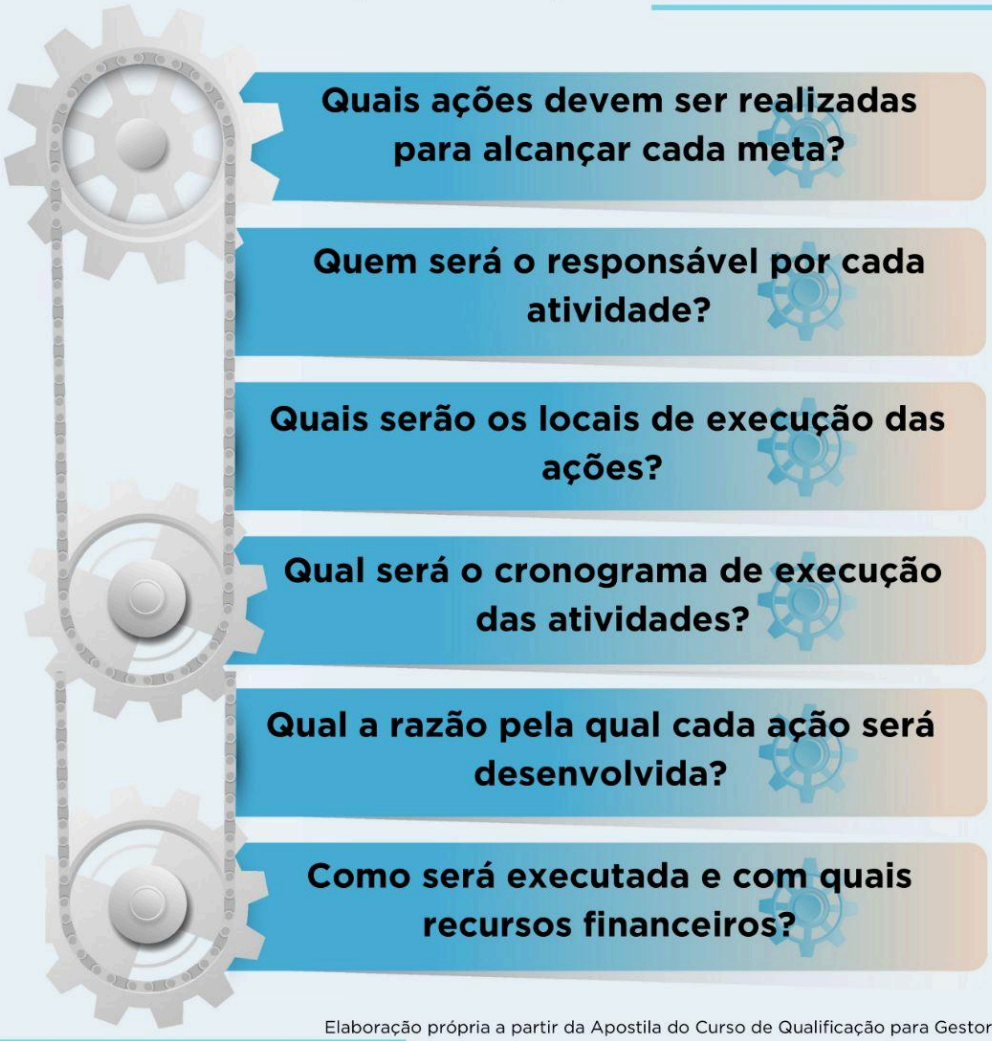
Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

TÉCNICA 5W2H

A respectiva técnica possui extrema efetividade no planejamento de ações, objetivando-se a padronização a partir da definição dos problemas, distribuição de tarefas, e monitoramento da implantação de intervenções.

Deste modo, são dispostas perguntas a serem desenvolvidas para descrição de propostas, indicando tal organização em uma planilha de dados.

Desenho da Técnica para Planejamento



Elaboração própria a partir da Apostila do Curso de Qualificação para Gestores da APS, 2018

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta cartilha foi validada através de duas etapas: por juízes referências da área de Saúde Pública, e também, por especialistas em design. Do mesmo modo, passou por uma avaliação dos gestores entrevistados durante o trabalho de campo, para que fosse possível compartilhar ideias e sugestões a fim do aprimoramento do material.

Posteriormente, foi submetida a três instrumentos de concordância de validação entre os juízes, sendo: Índice de Validação de Conteúdo (IVC); Teste Bimodal e o P-valor. Assim, foram analisados seus resultados com maior significância e confiança.

Imagem Proveniente dos recursos do Canva

REFERÊNCIAS

NOTAS DOS AUTORES

ADRIANA CLEMENTE MAIA

Enfermagem/ obstetrícia pela EEAN/UFRJ. Especialista em Saúde Pública pela UNIRIO. Especialista em VISA pela ENSP/FIOCRUZ. MBA em Gestão de Serviços de Saúde pela Unylea. Mestre em APS. Gerente de Serviços de Saúde atualmente apoiadora técnica do DAPS na CAP3.1.

EDUARDO ALEXANDER JÚLIO CÉSAR FONSECA LUCAS

Médico de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira (SBMFC). Doutor em Ciências / Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São
Paulo (USP). Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária a Saúde (DMAPS) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordenador do Programa Mestrado Profissional em Aten o Primária a Saude (MPAPS) da FM/UFRJ em parceria com o Instituto de Atenção Saúde São Francisco de Assis (HESFA) da UFRJ.

ALEXANDRE OLIVEIRA TELLES

Médico de Família e Comunidade do Departamento de Planejamento em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense. Professor efetivo do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS) da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professor Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS) .

Revisores Técnicos	
Adriana Soares	Alexandre Oliveira Telles
Antônio Eduardo Vieira dos Santos	Camila Galvão
Clemax Couto Sant'Anna	Daniel Pinto Soranz
Fátima Bruna Rodrigues	Fernando Vilares
Katerine Moraes dos Santos	Ludmila Pereira Macedo
Luis Augusto Pisco	Márcia Siller
Maria Cristina Dias da Silva	Maria Kátia Gomes
Nathalia Rocha	Natália Ribas
Raphael Ribeiro	Renan Tomaz da Conceição
Roberta dos Santos Terra	Robson Maciel
Samira Shaila Braga de Melo	Silvana Barreto
Simone Pires	Tatiana Caldeira
Thiago Wendel	Victor Costa
Wagner Monteiro	

https://dei.org/10.5281/zenodo.14948080

APÊNDICE XVI- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CUSTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Rio de Janeiro, 10 de agosto de 2023.

Prezados,

Eu, Adriana Clemente Maia, CPF: 044.994.946-05, responsável pelo projeto, declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada "Vivências, potencialidades e desafios de gerentes de unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro", sob minha responsabilidade, não irá gerar nenhum ônus de qualquer natureza para a unidade proponente envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Atenciosamente,

Adriana Clemente Maia
Enfermeira- Coren RJ 237-914 gov.br Documento assinado digitalmente
ADRIANA CLEMENTE MAIA
Data: 22/11/2023 17:08:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Adriana Clemente Maia

Pesquisadora Principal

APÊNDICE XVII- ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Declaro que os gastos financeiros da presente investigação serão de inteira responsabilidade da pesquisadora principal, conforme Declaração de Ausência de Custo (Apêndice XV).

Material de consumo – CUSTEIO	**Quantidade**	**Valor unitário (R$)**	**Valor (R$)**
Papel oficio – A4 – 500 fls	**1**	**21,90**	**21,90**
Xerox	**960**	**0,20**	**192,00**
Caneta	**1**	**1,70**	**1,70**
Pasta	**2**	**8,10**	**16,20**
Subtotal			**231,80**

Passagens – CUSTEIO	**Quantidade**	**Valor unitário (R$)**	**Valor (R$)**
Despesa com transporte (carro próprio)	**32**	**Média 30,00**	**960,00**
Subtotal:			**960,00**
			1.191,80

APÊNDICE XVIII- CRONOGRAMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

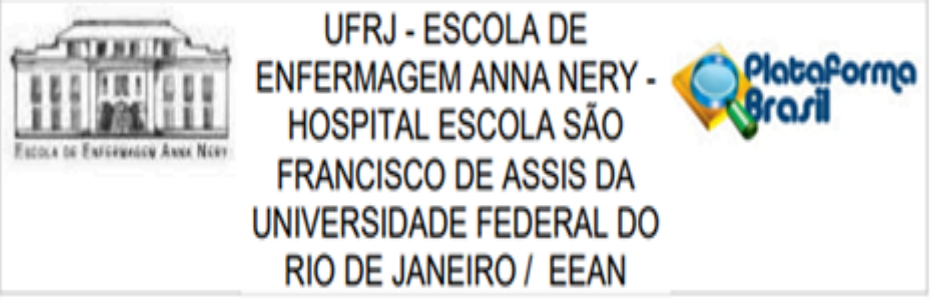
ETAPAS	MESES																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Escolha do Tema																									
Revisão Bibliográfica e discussão teórica																									
Elaboração do Anteprojeto e apresentação na Disciplina Metodologia da Pesquisa																									

Desenvolvimento do Projeto																									
Apresentação do projeto na Disciplina Seminários																									
Elaboração de Roteiro de Entrevistas																									
Elaboração do Relatório para Qualificação																									
Orientação e Ajustes com Co Orientador																									
Qualificação do Projeto																									
Ajustes e submissão ao Comitê de Ética																									
Realização das																									

Entrevistas																								
Sistematização e Análise dos Dados																								
Elaboração do relatório para Defesa																								
Redação da Dissertação																								
Revisão final dos Orientadores e Defesa da Dissertação																								

ANEXOS

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 6.175.489

Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/06/2023 16:48:45	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/06/2023 16:48:26	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito
Brochura Pesquisa	brochurapesquisa.pdf	15/06/2023 16:48:06	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/06/2023 16:47:38	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/06/2023 16:47:20	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Julho de 2023

Assinado por:
ANDREZA PEREIRA RODRIGUES
(Coordenador(a))

Ativ
Aces

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/06/2023 16:48:45	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito
Brochura Pesquisa	brochurapesquisa.pdf	15/06/2023 16:48:06	ADRIANA CLEMENTE MAIA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Outubro de 2023

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Ativa
Acesse

ANEXO 2- IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

AUTOR (A):

1.Adriana Clemente Maia

Identificação no Currículo Lattes:http://lattes.cnpq.br/3441538824527938

ORIENTADORES:

1.Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Identificação no Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/8137202747043367

2.Alexandre Oliveira Telles

Identificação no Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/2771961624507236

ANEXO 3- ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA Á SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14h do dia 23 de janeiro de 2024 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: "Atenção Primária à Saúde", na Linha de Pesquisa: **Gestão e avaliação de serviços e de tecnologias na atenção primária à saúde (APS).** A dissertação com o título: **"VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS GERENTES DE UBS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO."**, foi apresentada pela(o) candidata(o): **ADRIANA CLEMENTE MAIA**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 122099337** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na "Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020", que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, "art° 1°", ( ) item 2, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (X) item 3, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos **Doutores Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas (Presidente); Alexandre Oliveira Telles (Vice-Presidente), Antônio Eduardo Vieira dos Santos (1° Examinador); Maria Katia Gomes (2° Examinador); Katerine Morães dos Santos (Suplente); Maria Cristina Dias da Silva (Suplente)**, em sessão PÚBLICA PRESENCIAL no Auditório São Francisco de Assis do HESFA. O(A) candidato(a) expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção **(X) APROVADO ( ) NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional: O relatório atendeu plenamente os requisitos de uma dissertação de mestrado profissional em APS.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Vice-Presidente/Orientador(a) Alexandre Oliveira Telles

1° Examinador(a): Maria Katia Gomes

2° Examinador(a): Antônio Eduardo Vieira dos Santos

Aluno(a)/Examinado(a): Adriana Clemente Maia.

HESFA - Endereço: Av. Presidente Vargas, n. 2863, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20210-030
Telefones: (21) 3938 4403 / 3938 4407 / 3938 4436.

Digitalizado com CamScanner