

---

## **Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família\***

---

## **Análisis del proceso de trabajo de los gerentes en el territorio de la Estrategia de Salud de la Familia**

---

## **Analysis of the Working Process of Family Health Strategy Territory Managers**

---

Fecha de recepción: 20-02-12 Fecha de aceptación: 20-04-12

1657-7027(201206)11:22<76:APTGNT>2.0.TX;2-V

Francisco Rosemiro Guimarães-Ximenes Neto\*\*

José Jackson Coelho-Sampaio\*\*\*

---

\* Artigo de pesquisa resultante da dissertação de Mestrado intitulada “Gerenciamento no Território da Estratégia Saúde da Família: análise do processo de trabalho dos gerentes” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Ceará-UECE/Fortaleza/Brasil, com financiamento da Funcap.

\*\* Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA. Secretário da Saúde de Cariré-Ceará. E-mail: rosemironeto@gmail.com

\*\*\* Médico. Doutor em Medicina Social. Consultor da Política Nacional de Humanização-PNH do Ministério da Saúde do Brasil. Professor Titular e Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual do Ceará-UECE.



### Resumen

El estudio tiene como objetivo analizar el proceso de trabajo de los gerentes de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), desde de la perspectiva del concepto de territorio como el espacio de relaciones de poder y producción de individuos. La investigación es de tipo exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo. El estudio fue realizado en Sobral-Ceará, con 28 gerentes del territorio en ESF, en el periodo de noviembre de 2006 a junio de 2007. Los datos fueron recolectados a partir de la técnica de grupo focal y se analizaron con base en el discurso del sujeto colectivo. El proceso de trabajo de los gerentes se basa en los modelos directivos de Taylor, Ford y Toyo, a pesar de ser la gestión participativa, la práctica priorizada por la administración municipal sanitaria. La mayoría de los gerentes actúan como ayudantes de enfermería de su territorio. Los gerentes deben buscar organizar su proceso de trabajo en una lógica usuario-centralizada y, de manera colectiva, deben administrar el territorio con el equipo, a partir de las herramientas directivas apropiadas para el ESF.

**Palabras clave autor:** Atención Primaria de Salud, Programa Salud de la Familia, gestión en salud, trabajo, práctica profesional, políticas públicas de salud.

**Palabras clave descriptor:** Atención primaria de la salud, salud de la familia, políticas públicas de salud, médicos - práctica profesional.

### Abstract

The study aims to analyze the working process of Family Health Strategy managers from the perspective of the concept of territory as a space of power relations and production of individuals. The research is exploratory-descriptive with a qualitative approach. The study was conducted in Sobral-Ceará, with 28 FHS territory managers, from November 2006 to June 2007. Data were collected using the focus group technique and analyzed based on the collective subject discourse. The working process of the managers is based on the management models of Taylor, Ford and Toyo, even though the municipal health administration gives priority to the practice of participative management. Most managers act as nursing assistants in their territory. Managers should seek to organize their working process with a logic focused on the users and should collectively manage the territory with the team, using FHS-appropriate management tools.

**Keywords author:** Primary Health Care, Family Health Program, health management, work, professional practice, public health policies.

**Keywords plus:** Primary health care, Family Health, Health Public Policy, Doctors – Professional Practice.

### Resumo

O estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho dos gerentes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a perspectiva do conceito de território como espaço de relações de poder e produção de indivíduos. A pesquisa foi de tipo exploratório-descriptivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em Sobral, Ceará, com 28 gerentes de território na ESF, no período de novembro de 2006 a junho de 2007. Os dados foram coletados a partir da técnica de grupo focal e analisados com base no discurso do sujeito coletivo. O processo de trabalho dos gerentes é baseado nos modelos de gestão de Taylor, Ford e Toyo, apesar da gestão participativa ser a prática priorizada pela administração municipal sanitária. A maioria dos gerentes atuam como auxiliares de enfermagem em seus territórios. Os gerentes devem procurar organizar seu processo de trabalho numa lógica de utilizador-centralizada, e coletivamente, devem administrar o território com a equipe, a partir das ferramentas diretrizes adequadas para o FSE.

**Palavras chave autor:** Cuidados de saúde primários, Programa Saúde da Família, gestão em saúde, trabalho, prática profissional, políticas públicas em saúde.

**Palavras chave descritor:** Cuidados de saúde primários, saúde da família, políticas públicas de saúde, médicos - prática profissional.

## Introdução

No território sanitário, o agir dos gerentes da Estratégia Saúde da Família-ESF caminha pelas práticas assistenciais, de organização comunitária, e pelas gerenciais, no ensino e na pesquisa, em busca da qualidade de vida, com ênfase na promoção da saúde, sem seguir um referencial teórico formal na construção de saberes e práticas de como gerir o território.

A prática do gerenciamento de território na ESF é algo recente, não tendo ainda definição canônica para as equipes da ESF, mesmo sendo política emanada com a NOB - SUS 01/1996. Sabe-se que gerenciar território necessita de profissionais com a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos e históricos. A prática de gerenciamento deve agregar saberes e práticas próprias das Ciências Sociais, da Saúde e Humanas.

Vanderlei afirma que, para a construção do SUS, e conseqüente a descentralização dos serviços de saúde, a gestão e a gerência entra na pauta das discussões, como prioridade da agenda política (1). Para Campos, a gerência exige uma urgência de ser repensada criticamente (2). No entanto, no tocante à gerência de território, a ESF vive dilemas administrativos que envolvem um quadrilátero contextual:

- Político - o partidarismo local circundado pela política eleitoral, a fisiologia política e o clientelismo, que interfere no desenho administrativo do gerenciamento do território. Tem-se ainda a política de saúde concebida nas três esferas de governo e formalizada por meio de normas operacionais, pactos e portarias, cuja regulação apresenta o risco do engessamento, podando a criatividade, interferindo nas culturas e nas características regionais.

- Econômico - a identificação do modelo econômico com o liberalismo de mercado, que inclui a redução de tamanho do Estado e interfere na prática gerencial, no modelo administrativo e no desenvolvimento de novas tecnologias no território, por conta da limitação do financiamento. Nos territórios da ESF, devido a uma cultura centralizadora administrativo-financeira, o gerente não é ordenador de despesas, portanto não possui autonomia para prover financeiramente as necessidades administrativas do território.
- Cultural - a história inscrita no território, construída e traduzida por gerações, em área urbana ou rural, e que, durante a inovação gerencial de uma equipe da ESF, se conflita com a cultura administrativa, interferindo inclusive no processo de trabalho. Por incompreensão da comunidade ou da equipe esta interferência pode caracterizar um verdadeiro choque.
- Ideológico - componente focado na produção social e relacionado intrinsecamente aos três anteriores, quando, no gerenciamento do território, o gerente agrega apenas o conceito de produção histórico-coletiva em saúde, esquecendo a produção micro-histórica das famílias, sujeitos e comunidades.

Enfim, o gerenciamento da ESF vive conflitos ideológicos entre as práticas a que se destina a política e o desenvolvimento sócio-econômico. Tais aspectos situam os gerentes numa delicada posição administrativa, tendo o mesmo que agir de forma sobressaltada, para prover uma estrutura mínima e um processo de trabalho adequado às necessidades de saúde e às diferentes realidades. Assim, o estudo objetiva analisar o processo de trabalho dos gerentes da ESF, na perspectiva do conceito de território como



espaço de relações de poder e de produção de sujeitos.

### **Sujeitos e Método**

Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa; realizada em Sobral - Ceará, no período de novembro de 2006 a junho de 2007, com 28 gerentes de território da ESF, sendo 14 na zona urbana e igual número na zona rural.

A coleta de dados foi realizada utilizando a técnica de grupo focal; sendo os sujeitos divididos em dois grupos, um com o coletivo de gerentes da zona rural e outro da urbana, ocorrendo um encontro com cada grupo, tendo comparecido apenas quinze gerentes. Os dados foram analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo-DSC (3).

O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP da Universidade Estadual do Ceará-UECE, com o parecer Nº 06312626-5.

### **Resultados**

Analisar os processos de trabalho em saúde, sejam eles individuais ou coletivos, nos leva a adentrar numa seara, que sofre influências, direta ou indiretamente, de diversas políticas, inclusive as sociais e econômicas, permitindo-nos impedir que a influência do capitalismo nas dinâmicas e nuances deste, levem-no a degradação.

### **Processo de Trabalho dos Gerentes no Território**

A análise da organização do processo de trabalho dos gerentes no território foi sistematizada a partir das subcategorias descritas a seguir:

### **Acolhimento da comunidade no Centro de Saúde da Família-CSF**

*Outro papel da gerência é justamente a recepção das pessoas que vêm. Elas saem de casa com a intenção de falar com a gerente para resolver algo, desde um mau atendimento, uma demora de exame, um problema mais complexo de muito tempo. Então é assim, nosso contato com a própria comunidade é feito diariamente também. [...] A comunidade fica procurando e você tem que dar um retorno. Na verdade as demandas vêm da comunidade, algumas vezes a gente resolve na unidade, mas são coisas do território, por exemplo, as agentes de saúde quando estão com problema de encaminhamento, para o Bolsa Família, elas trazem os problemas da comunidade para a gente intervir, se a família está nos critérios e como fazer. Há relação da gerente ou da unidade com as associações do bairro, com as escolas, com o conselho local, com o grupo de idosos.*

O DSC aponta que, durante a produção sanitária diária, parcela do tempo é dispensada para a acolhida da clientela, com o intento de resolver os problemas individuais ou derivados da organização do processo de trabalho da equipe no território ou do próprio modelo de atenção à saúde.

O acolhimento, segundo a Política Nacional de Humanização-PNH, é “[...] uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde [...]. É um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários” (4).

O acolhimento é mais que uma ferramenta techno-assistencial que inclui a subjetividade. O fato de o gerente acolher os sujeitos e suas famílias nas demandas e necessidades leva-o a um empoderamento das relações e ao fortalecimento político da gerência e, conseqüentemente, da gestão sanitária no território.

O agir sanitário de maneira acolhedora permite um encontro de subjetividades entre equipe e clientela, proporcionando uma re-significação do processo de trabalho em saúde, e, com isso, levando a equipe a uma responsabilização para com os problemas e às necessidades coletivas e individuais no território. Assim, a prática do acolhimento, desenvolvida coletivamente pela gerência, com sua equipe da ESF, permite o desenvolvimento de um sentimento de pertencimento ao território, de vínculo com a comunidade assistida e a construção de um cuidado mais holístico e humanizado.

Merhy, ao escrever sobre as necessidades de saúde e o ‘Mundo-Objeto’ das ações de saúde, aponta como uma das necessidades, “[...] ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe - sujeitos em relação”, podendo este “[...] acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento” (5).

O sentido e a prática do acolhimento devem estar presentes em todos os momentos do processo de produção em saúde, desde a acessibilidade e o acesso ao CSF, até as diversas fases ou seguimentos da atenção à saúde, permitindo aos trabalhadores de saúde e clientela, a construção de compromissos e de relações produtivas e melhoria da qualidade de vida, com consequente satisfação de ambos.

## Resolução de problemas do território e da comunidade

*Os problemas mais difíceis de ser resolvidos no território, sempre chegam ao gerente pra tentar desenrolar alguma coisa, por mais que tenha a enfermeira da área, mas o gerente sempre tem que estar a frente da resolução desses problemas mais críticos. O problema é de determinada área, mas se o gerente não souber acaba ficando perdido. E muitas vezes a própria colega enfermeira chega para gente e diz: Ajuda-me nisso? O tempinho que a gente tem, quando não estou atendendo, estou vendo os problemas, as pessoas que chegam. É muito corrido e dispensa muito tempo se está no telefone, fala com um, fala com outro, liga mais tarde, liga outra hora às vezes, se é uma coisa mais urgente então o gerente também tem essa prática de tá ajudando a equipe a dar soluções aos problemas da comunidade. Dentro da unidade a gente pode está identificando os problemas que tem, pode ser sanitário, quais são as ruas que não tem esgoto, quais são as ruas que não há coleta de lixo, identificando junto com as agentes de saúde, justamente onde estar o foco, das doenças maiores, das diarreias, das doenças e aí tendo contato com outros setores tipo, habitação, setor de saneamento da prefeitura pra ver alguma solução, o setor de transporte, essa coisas assim por exemplo.*

O gerenciamento baseado em problemas é uma prática no território da ESF. Problema, de acordo com Silva Júnior e colaboradores é uma “brecha entre um aspecto da realidade e um valor ou desejo sobre como deveria ser essa realidade para um determinado observador – individual ou coletivo” (6). Os problemas são, necessariamente, “subjetivos porque são produtos da percepção das pessoas individualmente ou de coletivos de pessoas” (6). No processo de gerenciamento de problemas na ESF, o poder de decisão é fundamental para o agir dos gerentes e de toda



a equipe de saúde. Nesse sentido, Pinheiro afirma que o gerente deve ser um tomador ou agente de decisão, responsabilizando-se pela execução individual ou coletiva das ações. O autor afirma ainda, que o gerente de UBS, destina a maior parte de seu tempo ao exame crítico de questões, à resolução de problemas e à tomada de decisões (7).

### Cuidado de famílias, sujeitos e comunidades

*Eu faço o gerenciamento e também atendimento. Eu que fico com a maior parte dos grupos, por exemplo: grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo de adolescentes, [...] os demais enfermeiros ficam mais na área. Eu tenho os meus agendados, tem o dia pré-natal, prevenção e puericultura. [...] Outros atendimentos não tem dia do adolescente, por que eu não tenho tempo, nem horário. Temos que ser também responsáveis pelos grupos, de estar prestando conta com o trevo. O gerente tem que saber por que aquele paciente da Hanseníase está com a dose atrasada, porque que aquele paciente de tuberculose abandonou o tratamento.*

No DSC, fica evidente que a maioria não atua somente no gerenciamento do território, mas também no cuidado de enfermagem de famílias, sujeitos e comunidade. É notório que em qualquer forma de produção sanitária, o cuidado deve ser à base do trabalho, seja no agir em saúde no dia a dia dos territórios da ESF, ou na ação gerencial das equipes gestoras municipais.

Quanto ao processo de trabalho em enfermagem, Sanna afirma existir várias formas: o processo de trabalho administrar, o processo de trabalho ensinar, o processo de trabalho pesquisar, o processo de trabalho participar politicamente e o processo de trabalho assistir. Segundo a autora, o

processo de trabalho assistir ou cuidar em enfermagem “[...] tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Algumas pessoas entendem que o objeto de trabalho é o corpo biológico desses indivíduos, mas a Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais” (8). É importante registrar que o processo de trabalho em enfermagem, assim como o do gerente do território da ESF, é integrante do processo de trabalho em saúde, seja ele individual ou coletivo.

Quanto à lógica de organização do processo de trabalho dos gerentes, Fracolli e Egry afirmam que neste ocorre um “[...] duplo movimento, de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar ‘bens’ do trabalho em saúde” (9).

O DSC apresentado traz um dado importante, que é a responsabilidade que os gerentes têm em estar cuidando dos grupos, ou seja, a responsabilidade parcelar da promoção da saúde no território da ESF, que deveria ser de responsabilidade de todos, não de um profissional isolado. Quanto a essa prática, Franco e Merhy afirmam que a “[...] a solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. [...] O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência [...]” (10).

Tal situação é de extrema delicadeza e preocupação, devido aos gerentes estarem trabalhando a promoção da saúde, numa perspectiva disciplinar de núcleo, e não de campo, e, insistentemente, verbalizarem que não possuem tempo, pela sobrecarga de trabalho, pois a cada dia aumentam as atribuições. Então, como deixar as ações de promoção da saúde sob a responsabilidade do gerente de território, se eles já apresentam sobrecarga em suas produções sanitárias?

É sabido que, o gerente não deve estar enclausurado no espaço do CSF, vinculado apenas às demandas gerenciais internas, ou atuando no território, vinculado às ações de saúde, porém não pode prescindir de nenhuma delas. Gerenciar um território da ESF exige muitas competências e responsabilidades, sem dúvida alguma.

Outra ação desenvolvida pelos gerentes é o cuidado a partir de ações programáticas ou pelo modelo da oferta organizada, a exemplo de se ter um turno de atendimento exclusivo para a consulta de pré-natal, de puericultura, aos portadores de tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, para visita domiciliar dentre outros. A ESF ainda não conseguiu subverter essa lógica de organização do modelo de atenção, que muitas vezes reprime a demanda espontânea, e configura sua organização em ações curativistas do tipo enfermeiro-centrado, médico-centrado ou dentista-centrado.

Quanto a essa lógica organizativa, Merhy a destaca como maior ponto atual de tensões dos processos de produção em saúde, afirmando que a “[...] lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção de procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos moldes médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da

cura. [...] A lógica da produção de atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro-centradas ou médico-centradas, sem ações integralizadas e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde” (11).

Por conta do crescimento geométrico das necessidades e demandas e dos gastos com o setor saúde, urge a mudança em tal prática assistencial; sendo o processo de trabalho das equipes de saúde um dos marcos inicial para a respectiva mudança.

Segundo Paim, é a “[...] organização social das práticas de saúde que vai explicar um dado modelo de atenção, contemplando necessidades sociais do conjunto da população ou demandas individuais de consumo médico, pelas leis do mercado ou socializadas pela ação estatal [...]” (12). O Ministério da Saúde aponta como um dos principais desafios institucionais da ESF a “[...] contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço às estruturas gerenciais nos municípios e estados [...]” (13).

O gerente, durante seu processo de produção, tem a responsabilidade de cuidar das famílias, sujeitos e comunidades, da equipe, de si, do CSF, e, principalmente, do território sanitário; e com sua equipe, devem buscar abrir-se para as diferentes maneiras de cuidar, e atentar para a responsabilidade de estar cuidando não somente dos seres humanos, mas também de suas relações e subjetividades, e desenvolver, com a participação das comunidades, o cuidado ecológico.



A gerência, segundo Vanderlei e Almeida, no caso da ESF, deve utilizar-se “[...] mais de tecnologias leves – das relações – e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde, se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normatizada e tradicional” (14).

### Gerenciamento de pessoas

*Elaborar escalas de motorista, escala de enfermeiro, escala de zeladores, todas as escalas de funcionários. A questão de estar cuidando, cobrando das pessoas, as responsabilidades de cada um. As rotinas dos auxiliares administrativo, do auxiliar de serviço, que lá a gente já implantou foram as primeiras que a gente fez. Uma coisa que é muito difícil, que dói muito é a parte dos Recursos Humanos. Primeiro porque a gente se sente muito despreparado, depois porque é uma “autonomia”. A gente ver aquele problema, repassa, mas muitas vezes fica impotente em relação, diante de uma situação em que os colegas cobram do gerente certas soluções que não estão no nosso domínio de jeito nenhum. E outra coisa que pega muito é a demora na solução dos problemas que a gente leva, quer seja de recursos humanos, quer seja estrutural, então a gente tem sempre que está pedindo várias vezes a mesma coisa [...].*

O DSC aponta que as ações acerca do gerenciamento de pessoal que os gerentes exercem estão centradas na elaboração de escalas, controle sobre os trabalhadores e em está sistematizando o processo de trabalho dos mesmos, sendo esta uma das principais dificuldades apontadas por estes. Que segundo Campos, “[...] na verdade, termina-se atribuindo à gerência o grosso da função de controle sobre os processos de trabalho.

No entanto, sabe-se que há uma tradição brasileira em gerenciar o trabalho em saúde segundo regras tayloristas, normatização burocrática, supervisão direta e controle de horário e de produtividade” (15).

O gerenciamento do território na lógica da gestão participativa, a gestão de pessoas não se restringe ao controle dos trabalhadores com o ditar de ações que comporão seu processo de trabalho, mas sim agregá-los como parceiros numa lógica horizontalizada, em que o coletivo de trabalhadores de saúde tenha como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da clientela, com a consequente satisfação da mesma.

É importante reforçar que os trabalhadores, em geral, e os trabalhadores de saúde, em particular, não são insumos, deste modo sendo inadequado denominá-los de recursos. Pinheiro afirma que um sistema de saúde é formado, principalmente, por pessoas, que atuam no processo de criação, organização, comando e controle das atividades. A autora afirma ainda que, na ESF, o gerenciamento compreende o processo de trabalho com sujeitos (8).

A gestão de pessoas na ESF tem uma singularidade muito própria, devido o cuidado estar centrado, principalmente, na família. Com isso, os gerentes e demais trabalhadores de saúde devem apropriar-se de práticas de organização do trabalho referenciados aos princípios éticos e aos elos subjetivos que regem as famílias. Os gerentes necessitam rever suas práticas de gerenciamento de pessoal, no sentido de centrar-se politicamente na lógica da democracia participativa. Pois, assim como a família é o principal patrimônio da ESF, os trabalhadores de saúde são o principal patrimônio das instituições públicas de saúde.



## Manutenção e organização do Centro de Saúde da Família

*Dou uma olhada, primeiro na qualidade da limpeza, uma das coisas que eu mais olho, se o posto está muito sujo, e por mais que você limpe não tem aquela aparência de limpo. Ver a organização das salas. Ver se todos os aparelhos de ar condicionado estão funcionando, as lâmpadas, os banheiros, [...] as cadeiras não estão quebradas, manutenção, arquivos. Ver como está a organização dos prontuários, a organização do SAME, os agendamentos. Na organização do serviço vemos a sala de curativo, todas essas salas que tem risco de contaminação, tanto para o paciente quanto para o profissional. Visita a todos os setores de uma forma geral, odontologia, vacinação, a parte dos exames. Abastece os setores. A preocupação de ver a medicação, porque a dinâmica da Central de Abastecimento Farmacêutico tem que condensar todos os pedidos, não ficar mandando todo dia. Outra coisa que a gente faz muito também, [...] passar na unidade pra ver [...] como está a sala de vacina, pra ver se a geladeira está na temperatura correta, como é que estão os mapas do preenchimento do dia, se está correto, a temperatura do isopor, se está ficando limpo, [...] como é que ficou a vacina do dia pro outro; o acondicionamento, se está adequado, tanto os imunobiológicos que estão em uso e os que já estão desuso, o estoque de vacina, o atendimento em si. Dou uma olhada na farmácia. Criei nos setores pessoas responsáveis. Lá na sala de aerossol [...] o que estiver quebrado a auxiliar de enfermagem que é responsável de lá, [...] me avisa [...]. Tanto a do TRO, quanto a da copa. De acordo com que elas foram me dizendo eu vou tentando agilizar. Normalmente, na semana eu tiro um dia para dar uma geral nesses setores e tá vendo com elas, o que é que estar quebrado para agilizar. Faço testagem de equipamentos, ver se a balança tá tarada ou não. A gente é responsável por todo o serviço.*

O cuidado com a organização, higienização e manutenção do CSF, tem sido considerado uma grande responsabilidade, apresentada no DSC. Os gerentes referem que, constantemente, visitam os diversos setores do CSF para supervisão da organização e higienização, e para avaliar equipamentos e estruturas que necessitem de manutenção ou reposição.

Durante as vivências do pesquisador nos territórios, como preceptor de Enfermagem, tem-se presenciado que o tempo do gerente para o cuidado com o CSF, seja na organização ou na manutenção, é extremamente limitado, aproveitando os poucos momentos para o desenvolvimento de tal ação, quase sempre absorvida pelos os auxiliares de enfermagem.

A organização e a supervisão dos serviços existentes no CSF, sob a responsabilidade administrativa do gerente, podem ter sua responsabilidade técnica delegada a terceiros, a exemplo do que historicamente vêm acontecendo, em que os enfermeiros são responsáveis pela organização das salas de vacina, dispensação de medicamentos, TRO, esterilização, curativos, aerosolterapia, dentre outros. Tais responsabilidades técnicas foram sendo assumidas pelos enfermeiros a partir da institucionalização de políticas, programas e serviços de saúde, como os dos Serviços Especiais de Saúde Pública-SESP, em 1942, dos Programas de Saúde Pública, a partir do modelo de atenção das Ações Programáticas de Saúde, na década de 1970, do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento-PIASS, em 1976, das Ações Integradas de Saúde-AIS, em 1984, do Sistema Único e Descentralizado de Saúde-SUDS, em 1987, do SUS, em 1988, por conseguinte, das normas resultantes do processo de institucionalização das Estratégias de ACS e Saúde da Família.



No caso de Sobral, em que 100% dos gerentes dos territórios são enfermeiros, muitas destas ações que poderiam ser delegadas, estão sendo naturalmente absorvidas pelos mesmos, o que vem sobrecarregando e os levando a uma grande sobreposição de atividades no processo individual de produção sanitária, não permitindo a realização de uma supervisão mais criteriosa, tanto do serviço, quanto do processo de trabalho dos trabalhadores que atuam nesses espaços.

### Transporte sanitário e da equipe

*A questão dos transportes, que é uma coisa a mais, que o gerente da sede não tem que é o controle dos transportes. Agendamento de quem vai hoje [...]. No caso de emergência, o carro que tem que ajustar para as pessoas que tem que vir fazer exames em Sobral, uma consulta, [...] você já tem que programar a questão do carro. Temos que ficar indo atrás dos transportes. Temos que prestar conta de gastos com almoxarifado, transportes.*

O cuidado com o transporte seja a ambulância nas urgências, o carro que desloca a equipe para o território ou a clientela quando no agendamento de exames especializados, por exemplo, faz parte do processo de trabalho dos gerentes da zona rural; eles controlam agendamento de atividades e escala de motoristas, encaminham veículos para manutenção, requisitam reparos aos setores competentes e analisa os gastos com veículos alugados.

A responsabilidade pelos transportes, conforme o DSC parece ser uma responsabilidade a mais para os gerentes. O transporte da equipe, desde a implantação do PSF em 1994, tem sido uma exigência fundamental do programa. A equipe que possui um transporte, principalmente na zona rural, tem facilitado seu planejamento e a organização do processo de trabalho, permitindo

o deslocamento para micro-áreas distantes ou de difícil acesso.

Pesquisa realizada em municípios do Ceará, sobre a qualidade da ESF, identificou que os transportes utilizados pelas equipes da ESF são de propriedade da Prefeitura, alugados de locadoras prestadoras de serviços, ou adquiridos por meio do Programa de Apoio as Reformas Sociais para a Criança e Adolescente-PROARES. Sendo que a maioria desses carros encontrava-se em péssimo estado de conservação (16).

A partir de vivências nos territórios da ESF, em vários municípios do Ceará, percebe-se que muitas equipes deixam de visitar e prestar cuidados às puérperas, aos RN, aos idosos acamados, portadores de doenças crônicas, e sujeitos em situação de risco ou vulnerabilidade, devido à inexistência de transporte exclusivo. Tal situação vem levando, cada vez mais, as equipes, principalmente, enfermeiros e médicos, seja da zona urbana ou rural a centrarem seu processo de trabalho nas dependências do CSF, com ações assistenciais, formal; assim, reduzindo as práticas sanitárias de prevenção de doenças e promoção da saúde em todo o território sanitário. Então, como exigir uma maior produtividade e reversão do modelo assistencial pelas equipes, sem os instrumentos necessários à efetivação do processo de trabalho? A resposta fácil é: quase impossível! Não se pode exigir que os trabalhadores de saúde pintem um arco-íris sem que disponham de instrumentos necessários para tal, como pincéis, tintas e o conhecimento sobre a classificação e a ordem das cores.

### Vigilância epidemiológica do território

*A questão da vigilância epidemiológica, dos casos de notificação, [...] se tiver um caso de Tb [tuberculose], se não notificar, não tem medicação. Então, se de repente estoura um*

*caso, aí ligam lá para unidade e perguntam: Cadê a gerente? [...] Um dia desses foi um caso de leishmaniose, que era de uma área vizinha a minha, [...] aí eu tive que articular com a outra equipe e depois passar para a epidemiologia, que não era minha.*

O processo de trabalho dos gerentes, conforme o DSC encerra também a vigilância epidemiológica. São funções da vigilância epidemiológica, segundo o Ministério da Saúde: coleta de dados; processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados; recomendação das medidas de controle apropriadas; promoção das ações de controle indicadas; avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas; e divulgação de informações pertinentes (17).

Em cada uma das fases da vigilância epidemiológica são emanados esforços de um processo de trabalho parcelar ou coletivo. No caso da ESF, atualmente, por seu caráter coletivo, é praticamente inaceitável a vigilância epidemiológica ser realizada no território por apenas determinado trabalhador de saúde, pois sua característica processual agrega os diferentes trabalhadores da equipe, exigindo responsabilidade sanitária no cuidado atento ao território. A vigilância epidemiológica constitui ação transversal, não especialização. O gerente, por sua vez, tem papel fundamental no gerenciamento das informações e controle das ações, além do provimento de insumos necessários à vigilância epidemiológica do território.

### Consolidação e análise de mapas dos Sistemas e Informação em Saúde-SIS

*Quase todas as semanas nós temos os mapas, que tem que enviar para vários setores, tem uns que são semanais que muitas vezes nós não fazemos, mas temos que revisar, e têm outros que são mensais, que coincidentemen-*

*te, quase toda semana a gente tem que está enviando os mapas, as notificações. Eu ajudo a está consolidando o SLAB, tanto da equipe que eu faço parte [como enfermeiro assistencial], quanto da segunda equipe [...], e o BPA [Boletim de Produção Ambulatorial]. Além de eu também está olhando e conferindo o mapa de vacinas, se está indo certo, os mapas que são enviados para zoonoses, de anti-rábico, [...] está conferindo para ver se está mandando certo, porque o mapa de vacina é feito pela auxiliar de enfermagem. Semanalmente estou conferindo o mapa e enviando [...] o mapa das IRA e diarreias, os das doenças de notificação. Todos esses mapas têm que passar pela gente. Mapas também da medicação. Tem que ser preenchido o Sis-Pré-Natal. Eu delego muitas funções nessa parte de mapas. Essa alimentação das informações desses dados vai gerar recursos, e que vai manter a unidade.*

Uma das responsabilidades do processo de trabalho dos gerentes, a vigilância epidemiológica, o que exige a conseqüente alimentação dos SIS. Para isso, os gerentes têm a tarefa de estar preenchendo, conferindo e consolidando uma infinidade de impressos e mapas dos diversos SIS.

Pinheiro afirma que os SIS constituem-se numa ferramenta suporte a organização e gestão dos serviços de saúde, integrando a estrutura organizacional dos mesmos, contribuindo para o cumprimento dos objetivos institucionais e técnico-operacionais, além de oferecer subsídios para o planejamento do cuidado aos sujeitos e/ou coletividades. Para autora, o processo de trabalho dos gerentes durante o gerenciamento de UBS deve possuir como base os SIS, contribuindo conseqüentemente, para a construção de conhecimento local e colaborando diretamente para a implantação de um modelo assistencial que tenha por base os princípios e diretrizes do SUS (8).



No território da ESF, existem formulários referentes aos: mapas de atendimentos diários de toda equipe, que geram os Boletins de Produção Ambulatorial-BPA para alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial-SIA; Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB; Sistema de Controle do Câncer do Colo Uterino-SIS-Colo, que gera as informações das consultas e exames de prevenção do câncer de mama e de colo uterino; Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose-SILTB; Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC, com formulários referentes aos eventos de nascimento que ocorreram no território; Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação-SINAN por meio das fichas de investigação epidemiológica e de notificação compulsória; Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM - formulários - declarações de óbitos - referentes aos eventos de morte que ocorreram no território; SIS-Pré-natal, com formulários de cadastro e acompanhamento das mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério; HIPER-DIA - formulários de cadastro e acompanhamento mensal dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*; SIS-PNI do Programa Nacional de Imunização - consolidados das doses de imunobiológicos administradas no território; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, que coleta informações acerca da situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes de grupos específicos; Notificações de imunização com a vacina anti-rábica; Censo dos cartões das crianças menores de um ano de cada território; Bolsa Família, Bolsa Escola, Vale Gás, Fome Zero, além dos cadastros de novas demandas de programas e políticas governamentais oriundos da assistência social, educação, agricultura, pecuária dentre outros, quase sempre realizado pelo ACS, acompanhado pelo enfermeiro da área, com supervisão final do gerente.

Apesar da equipe de saúde e, principalmente, o gerente dispor de inúmeros SIS, vê-se nos territórios a grande dificuldade da utilização dos mesmos, devido à falta de tempo e de habilidade para a interpretação das informações geradas a partir destes. Os mais expressivos, para o território, alimentam a sala de situação em saúde. Os demais, raramente são analisados pela equipe, não por irresponsabilidade da mesma, mas pela inexistência nos territórios de um sistema de gerenciamento de informação que processe e permita uma análise complexa das informações geradas pelos diferentes SIS. É comum ouvir de gestores e demais trabalhadores de saúde que os “SIS não conversam entre si”, fato que dificulta seu uso.

Seria de grande importância que o Ministério da Saúde, por meio do DATA-SUS, proovesse os municípios de ferramenta gerencial informatizada, que permitisse à equipe gestora municipal e dos territórios da ESF utilizar mais facilmente as informações, e, a partir destas, subsidiar as discussões nas Rodas dos Territórios para um melhor planejamento do processo de trabalho.

### Coordenação de rodas e reuniões

*Eu começo sempre a semana me reunido com os agentes de saúde, a gente faz um resumo do final de semana, se aconteceu alguma novidade e o que ficou para ser feito, tá sempre cobrando, porque mesmo tendo acontecido a reunião na quinta-feira, mas é impressionante como ninguém anota nada, é tudo na cabeça. Se a gente não estiver cobrando, lembrando, não vou nem dizer cobrando, sim lembrando, as coisas passam pela gente também e acaba atropelando. Diariamente se tem reunião com as agentes de saúde, [...] se não ficar cobrando aquelas coisas pendentes, cai no esquecimento. A gente faz uma reunião todo dia de manhã depois da triagem, com as enfermeiras para está repassando alguma coisa importante que*

*a gente recebeu na reunião de gerente e também para elas estarem repassando para mim, algum fato da área delas que a equipe toda precisa está intervindo. Na unidade a gente realiza as mini-rodas, só com os auxiliares de enfermagem, só com os zeladores, [...] só com os enfermeiros, só com os ACS. De acordo com os problemas da unidade e os problemas que vão passando aqui para gente ou então, alguns informes que são passados pra gente na Reunião de Gerentes a gente organizar uma roda certo. Eu aproveito muito lá na unidade, o momento das mini-rodas não só pra reclamar, mas também, ma para a gente fazer a capacitação. Terça a gente está na educação permanente, quarta na reunião de gerentes e, na quinta nas rodas [dos territórios]. Então, a gente também está conferindo, organizando a roda. E na reunião de roda é que a gente junta todo mundo [...], e repassa todas as informações. Faz uma reunião semanal. [...] participo da reunião do Conselho Local de Saúde, que é mensal. Na programação anual um dos nossos encontros é a reunião de pais e mestres.*

O reunir-se, o encontrar-se e o planejar é um agir em saúde próprio do processo de trabalho dos gerentes. O DSC mostra que o gerente atua no planejamento, controle e avaliação do processo de trabalho da equipe a partir das Rodas do Território, rodas setoriais e reuniões parcelares. O encontro de subjetividades entre diferentes atores do processo de trabalho em saúde na ESF é comum nas Rodas dos Territórios ou outras. A tomada de decisões coletivas, com base na gestão participativa, favorece a democratização do processo de trabalho.

Quanto à prática do planejamento em decisões coletivas, com base na democracia participativa, Cecílio afirma que o mesmo garante a flexibilização do processo de trabalho em saúde, permitindo a participação não somente da equipe, mas também da comunidade e de lideranças políticas, o que contribuirá

com mudanças no agir em saúde no território (18). Miranda aponta ainda, que as relações harmoniosas entre trabalhadores de saúde e gerente devem ser priorizadas, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço. Na gestão segundo a autora, está a chave para essa forma de gerenciar (19).

O processo de democratização dos serviços de saúde, conforme Campos, “pressupõe [uma] certa concentração de poder político suficiente para abrir canais de participação ou, pelo menos, para garantir espaço aberto, de baixo para cima, pelas bases”. As rodas no processo de organização e planejamento do território representam importante ferramenta de gestão (15).

### Negociação com a Central de Marcação de Consultas

*Um exame que [...] não consegue marcar, a gente vai e ligar para a central, fala com a pessoa responsável para ver se tem como adiantar ou se consegue esse. A menina da central, ela já sabe que alguns exames quando nós gerentes pedimos a resposta vem mais rápido. Acontece. Acontece! Mas, é verdade isso. Quando não é a comunidade que acha que está demorando demais e ela vêm querendo resposta e aí a gente vai ver o que está acontecendo se realmente foi um descuido ou se não está acontecendo [...] tendo o mesmo procedimento [na Central de Marcação de Consultas].*

A Central de Marcação de Consultas de Sobral é um complexo regulador de abrangência macrorregional, em que os municípios, a partir de um terminal telefônico, e tendo por base a Programação Pactuada Integrada-PPI estadual, negociam agendamento de consultas e exames especializados, além de cirurgias eletivas ou de urgência.

No caso da pactuação interna pelos CSF, ocorre da mesma maneira. Cada território



possui um trabalhador de saúde responsável pela realização do agendamento. Após a triagem, ou consulta médica, consulta de enfermagem ou atendimento odontológico, quando necessário, o cliente se dirige para local especificado, deixando requisição de encaminhamento ao serviço especializado para posterior agendamento. Ao consolidar o agendamento, o responsável pelo setor encaminha, pelo ACS da área do cliente, o informe da data, horário e local de realização.

Quando na Central de Marcação há um excesso de demanda para agendamento, o gerente, conforme o DSC, busca articulação pessoalmente com as videofonistas, para agilizar determinados procedimentos. É uma espécie de fura fila, com o intuito de dá respostas mais rápida às demandas da clientela, instruída pela idéia da classificação de risco.

### Responsabilidade sanitária pelo território

*O gerente é responsável pelo território todo, embora às vezes a gente não tenha área. Sei que é muito pior quando você tem é claro, sem dúvida. Mas você acaba também, sendo responsável pelo território todo, porque quando acontece algum óbito infantil, algum problema com a gestante eles [outros setores da Secretaria da Saúde] sempre ligam pra unidade se referenciando ao gerente. O gerente tem que está percebendo como é o perfil da sua comunidade, como é o perfil do seu território, para poder saber como é que vai trabalhar.*

O DSC demonstra que a visão que os gerentes têm do território constitui parte integrante de seu processo de trabalho e da responsabilização sanitária para com o mesmo. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS estabelece que “[...] a ESF é a estratégia organizativa da APS no SUS,

[...] reafirmando a necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família uma prática integral, por meio da responsabilidade clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na co-responsabilidade pela saúde da população no seu território [...]” (20).

Os gerentes têm um papel fundamental durante o seu agir, que é a responsabilização pelo território, o controle sobre o processo saúde-doença ali desenvolvido, na vigilância, na territorialização sanitária como ferramenta constituinte do planejamento do processo de produção em saúde.

### Considerações Finais

O gerenciamento dos territórios, apesar da institucionalização das rodas, em que são analisados os indicadores e planejadas as ações a serem desenvolvidas de maneira participativa e crítica, em diversos momentos são guiados por opiniões espontâneas de seus gerentes. Mesmo com a introdução da práxis da gestão participativa na ESF, vemos que o trabalho dos gerentes vivencia práticas comuns a diversos modelos gerenciais, como segue: Taylorista – com práticas próprias do trabalho morto, burocratizadas e com excesso de normatização, comuns à ESF e com a presença, ainda, de práticas e pensamento hegemônico comum ao modelo de gerência clássica. Fordista – apesar da gerência não apresentar uma superespecialização, o processo de trabalho em determinados momentos ocorre em série, a exemplo de reuniões/rodas, triagens, cuidados com grupos, dentre outros. Toyotista – principal modelo utilizado, por apresentar a produção em saúde vinculada a uma população adscrita; ter como referência o trabalho em equipe de modo flexível; utilizar-se da co-gestão, com práticas horizontalizadas.

A organização do processo de trabalho da equipe é planejada de maneira coletiva, durante as Rodas dos Territórios, mas nem sempre, em sua execução, segue essa lógica, compreendendo um processo de trabalho parcelar. Ao início da pesquisa, parte significativa dos gerentes tinha acabado de assumir a gerência do território. Percebemos que cada gerente, imprimia seu modelo de gestão na lógica do planejamento do processo de trabalho da equipe e na prática diária do CSF. Mas do que isso ficou claro que ao assumir um novo território, o gerente realiza uma micro-reforma sanitária, fato percebido sob dois aspectos: o primeiro, acerca da quebra de processos evolutivos da organização sanitária do território que está em pleno desenvolvimento, devido o atual gerente não concordar ou compreender o mesmo, tendo às vezes conflitos com a equipe; o outro aspecto que a micro-reforma proporciona são as mudanças significativas na lógica da organização sócio-sanitária do território, na potencialização do processo de trabalho da equipe, no planejamento comunitário e na análise epidemiológica, imprimindo uma prática gerencial própria da Saúde Coletiva.

Os gerentes, durante o desenvolvimento de seu processo de trabalho, poderão: construir junto com a equipe a organização da atenção com base em malhas de cuidados ininterruptos. Construir coletivamente a sala de situação. Disponibilizar tempo para a supervisão e organização do CSF. Reduzir o tempo com demandas emergentes e burocracia, deixando tempo para a organização do CSF. Delegar aos enfermeiros do território a responsabilidade técnica de supervisão, organização e controle de serviços como sala de vacina, de aerosolterapia, TRO, de curativos e retiradas de suturas, de procedimentos, de material e esterilização, com o intuito de reduzir a burocratização e as atribuições gerenciais, possibilitando os gerentes atuar

em processos gerenciais mais complexos. Assumir a gestão participativa, a co-gestão, como desenho de uma práxis gerencial, não só para com os trabalhadores de saúde, mas também com a clientela do território. Organizar seu processo de trabalho com base em tecnologias leves – relacionais – e influir suas equipes para que faça o mesmo, com o intuito de ampliar as ações de promoção da saúde e os cuidados coletivos à família e não tão exclusivamente individualizado, aos sujeitos. Utilizar ferramentas potentes de gestão, no dia-a-dia, em seu território.

A Secretaria Municipal da Saúde poderá: prover o gerente de mais autonomia, com caráter de responsabilidade sanitária, para uma tomada de decisões no gerenciamento do território é de fundamental importância. Sabendo que a autonomia é necessária para a priorização das ações a serem desenvolvidas pela equipe durante o cuidado às famílias, sujeitos e comunidades. Estabelecer uma nova política gerencial de apoio aos gerentes, no que concerne ao provimento de insumos, equipamentos e manutenção, com a redução de níveis hierárquicos e de burocracia. Dar exclusividade de trabalho gerencial ao gerente, nos territórios em que os indicadores epidemiológico-sociais sejam críticos, com densa lista de necessidades sócio-sanitárias e elevada população adscrita. Buscar de maneira pactuada, com o coletivo de gerentes e suas equipes desconstruir a visão de que o processo de trabalho é Centro de Saúde-centrado, mas sim território-centrado.

Um dos grandes dilemas contemporâneos da ESF, quanto à sua operacionalização e desenvolvimento, está no processo de trabalho de suas equipes e gerentes. Uma das causas está no fato de os trabalhadores não se deixaram interpenetrar pelo território sanitário, pelo acolhimento humanizado e cidadão, pelas demandas das famílias, de seus sujeitos e comunidades, no viver da cultura



local, das subjetividades e das histórias. O tomar café no banco de madeira. O contar história no alpendre. O sentar na cozinha das tantas Marias, Anas, Sebastianas, Teresas e outras. A calçada da boa prosa. Os “causos” dos pecadores e caçadores. Os mistérios que cercam a comunidade. As festividades que embalam sonhos e esperanças. ESF é tudo isso e mais! Não somente normatização, burocracia, rigidez. É construir sonhos com a comunidade.

## Referências

1. Vanderlei MIG. O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. 2005. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - USP/EE, Ribeirão Preto; 2005.
2. Campos GWS. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In Campos GWS, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento sem normas. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 9-31.
3. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). ed. rev. ampl. Caixias do Sul-RS: Educs; 2003.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. Interface - Comunicação, Saúde, Educação ago., 2001; 5(9): 147-49.
6. Ministério da Saúde (BR). Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz; 2005.
7. Pinheiro ALS. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação em saúde como instrumento para a tomada de decisão. 2004. 87 f. Dissertação (Mestrado Administração de Serviços de Enfermagem) – EE, UFBA, Salvador; 2004.
8. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. REBEn mar./abr. 2007; 60 (2): 217-20.
9. Fracolli LA, Egry EY. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar nas práticas de saúde? Latino-Americana de Enfermagem set./out. 2001; 9 (5): 13-18.
10. Franco T, Merhy EE. Programa Saúde da Família-PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. Cap. 3. p. 55-24.
11. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
12. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1999. Cap. 4. p. 167-35.
13. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: atenção básica e saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
14. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva mar./abr. 2007; 12 (2): 443-53.
15. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 7. pp. 229-66.
16. Serapioni M, Silva MGC. Qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: uma avaliação multidimensional. Fortaleza: UECE; 2006.
17. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005g. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. Cecílio LCO. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. Cap. 2. p. 151-67.
19. Miranda SMRC. Gerenciamento da unidade básica de saúde: a experiência do enfermeiro. In Santos AS, Miranda SMRC, organizadores. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri - São Paulo: Manole; 2007. Cap. 4. p. 81-110.
20. Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (BR). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conass; 2007.

