



**FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS SOBRE A  
INSERÇÃO DO SANITARISTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL**

**MARIANE SANCHES LEONEL DE SOUSA**

**Brasília - DF**

**2016**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MARIANE SANCHES LEONEL DE SOUSA**

**Percepção dos Profissionais Enfermeiros sobre a Inserção do Sanitarista na  
Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação  
em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia  
como pré-requisito para a obtenção do título de  
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariana Sodario Cruz.

**BRASÍLIA  
2016**

**MARIANE SANCHES LEONEL DE SOUSA**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS SOBRE A INSERÇÃO DO  
SANITARISTA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva,  
no Curso de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profª Drª. Mariana Sodário Cruz – Professora Adjunta da UnB/FCE**  
**Orientadora.**

---

**Profª. Drª. Clélia Maria de Sousa F. Parreira – Professora Adjunta da UnB/FCE**

---

**Profª Mscª. Carla Pintas Marques – Professora Assistente da UnB/FCE**

**Brasília, 06 de dezembro de 2016**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que acreditam na Saúde Coletiva e militam por ela. As minhas duas mães Rebeca e Marlene, que sempre acreditaram no meu potencial e nos meus sonhos. À Mariana Sodario, que me inspirou e apoiou a escrever algo relevante para o SUS.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Um sentimento de gratidão toma meu coração ao concluir esse trabalho, pelo qual nutri amor e dedicação durante um longo período. Essa gratidão me faz lembrar de todos os momentos de crescimento e aprendizado que a Universidade de Brasília me proporcionou e de todas as pessoas que se fizeram presentes durante a caminhada da graduação. Ser grato é ter a nobreza de reconhecer que pessoas proporcionam benefícios a nós, que nos tornaram melhores do que éramos antes.*

*Por isso, agradeço primeiramente a Deus por me presentear com o dom da vida, me proteger em todos os meus caminhos, desde o início da minha vida até aqui, e por me dar a graça de realizar tantos sonhos.*

*Agradeço, do fundo do meu coração as três pessoas mais importantes da minha vida, sem as quais eu certamente não chegaria até aqui, meus avós, Domingos e Marlene e minha mãe Rebeca. Sou grata por cuidarem de mim e por sempre acreditarem que eu venceria todos os obstáculos da vida com êxito. O apoio de vocês durante toda a minha formação como profissional e como pessoa foi essencial. Nada que eu possa fazer ou dizer, irá expressar minha gratidão e amor.*

*Agradeço também a minha irmã Martha, pela paciência em todos os momentos que eu tive que estar ausente e não pude aproveitá-la, você é o maior presente que a mamãe me deu. Agradeço ao meu pai Silvano, que sempre me amou, torceu, e confiou em mesmo com a distância que nos separa. Ao Fábio, meu paidrasto, obrigada por tudo! Por todas as vezes que me levou e buscou na faculdade, por relevar minhas falhas e estar sempre com um sorriso no rosto.*

*À toda minha família sempre torceu por mim, mas principalmente agradeço aqueles que estiveram mais próximos, compartilhando alegrias e tristezas. Ao meu tio Davi e a minha tia Vânia, que sempre estiveram disponíveis a me ajudar com as impressões dos trabalhos acadêmicos e os corres do dia-a-dia com tanto amor. Tio nunca vou esquecer aquela passagem aérea que comprou para mim, e que rendeu o início da minha carreira profissional. Obrigada! Agradeço também as minhas primas Sulamita e Ana Cristina, que compartilharam comigo os melhores momentos da vida, e entenderam minha ausência quando precisei me dedicar mais a vida acadêmica. Agradeço ao Lucas, que foi um companheiro incrível e paciente, e a Socorro e Grava, por me acolherem como família e me ajudarem sempre que precisei.*

*O tema do meu trabalho de conclusão de curso, surgiu de inspirações que os espaços acadêmicos e reflexivos da saúde coletiva proporcionaram, por isso não poderia deixar de agradecer aqueles que foram essenciais para que hoje eu me sentisse preparada para encarar os desafios da vida profissional no SUS.*

*Por isso agradeço imensamente, a minha orientadora Mariana Sodario, que com maestria e dedicação me orientou e me proporcionou ensinamentos para o SUS e para a vida. Obrigada por acreditar no potencial desse trabalho desde a nossa primeira conversa e apostar que eu conseguiria ir até o fim. Agradeço por me incentivar a voar mais longe e por acreditar na minha capacidade. Foi um privilégio trabalhar com você!*

*Agradeço as professoras Clélia e Carla, por poder contar com vocês em minha banca. Prof<sup>a</sup> Clélia, que sempre tão amorosa me mostrou o caminho da educação emancipadora, e desde as aulas de educação em saúde me inspira aprender sobre a importância das ações interprofissionais no SUS. E a Prof<sup>a</sup> Carla, a quem admiro muito e que me inspirou a conhecer melhor os processos gerenciais do SUS no estágio supervisionado. O meu muito obrigada as duas!*

*Agradeço também a todo o corpo docente do curso de saúde coletiva, que se nos guiam da melhor forma ao êxito profissional, principalmente os professores que deixaram suas marcas na minha vida profissional e pessoal, Inês Montagner, Sérgio Schierholt, José Iturri, Silvia Badim, Larissa Grandi, Walter Massa, Wildo Araújo, Priscila Andrade e Mariela Oliveira.. Agradeço especialmente as Professoras Valéria Mendonça e Maria Fátima, que me proporcionaram grandes momentos de aprendizado no Núcleo de Estudos em Saúde Pública.*

*Agradeço aos gerentes dos Centros de Saúde de Ceilândia e Samambaia que aceitaram participar da pesquisa, pois sem eles nada seria possível, e a todos os amigos que me ajudaram na coleta dos projetos políticos pedagógicos, Janis Cavalcante, João Roberto, Carolina Buno, e Alessandra Cavalcante.*

*As minhas amigas da vida toda, Nathália Mayza, Natália Cabral, Letícia, Angélica e Alina, muito obrigada por todo apoio de sempre, por acreditarem em mim quando eu falei que daria certo o cursar saúde coletiva e por serem as melhores amigas que alguém pode ter.*

*Agradeço ao movimento estudantil da Saúde Coletiva, espaço que me proporcionou grandes aprendizados e amigos, que me inspiraram a continuar, Gratidão, Jéssica Lopes, Indyara Moraes, Weverton Vieira e Rodrigo Silveiro. Agradeço também a todos os amigos da graduação, Principalmente ao Aldo Júnior, pelo apoio e companhia incrível no dia-a-dia do último e mais complicado semestre, e a Thayna Karoline e Emily Raquel, que foram grandes ajudadoras e incentivadoras na reta final da graduação.*

*Por fim, agradeço a Saúde Coletiva e ao Sistema Único de Saúde, que são minhas bandeiras de luta. Espero ter escrito algo que irá trazer bons frutos ao futuro profissional da Saúde Coletiva.*

*“O que você ganha ao atingir seu objetivo, não é tão importante quanto o que você se torna, ao atingir seu objetivo.” (Zig Zilar).*

## **RESUMO**



Levando em consideração que o contexto de reorientação do modelo de atenção à saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionou a antecipação da formação do profissional sanitário, através da criação do curso de graduação em saúde coletiva, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção de profissionais enfermeiros atuantes em cargos de gerência da atenção primária à saúde - APS sobre a inserção do profissional sanitário na rede de atenção à saúde da SES-DF, e comparar a formação de enfermeiros e sanitários no âmbito gerencial, a partir de seus Projetos Políticos Pedagógicos de Curso – PPP's. Foram realizadas entrevistas com os gerentes que estavam dentro dos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo e uma análise dos PPP's de ambos os cursos, priorizando habilidades e competências gerenciais. Os resultados demonstraram a percepção dos enfermeiros gerentes sobre as possíveis contribuições que os profissionais sanitários graduados podem trazer ao contexto da APS, a partir de sua provável inserção profissional no SUS e contextualizam a abordagem gerencial e gestora preconizada na formação de enfermeiros e sanitários em seus respectivos projetos políticos pedagógicos, demonstrando diferenças e similaridades importantes entre as duas profissões. A pesquisa contribuiu para ampliação dos conhecimentos sobre a formação acadêmica e atuação profissional de enfermeiros e sanitários nos espaços de gestão e gerência do SUS no âmbito APS, visto que os dois cursos de graduação formam profissionais com potencial perfil para o gerenciamento do trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Gestão, Gerenciamento, Atenção Primária à Saúde, Saúde Coletiva, Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Taking into account that the context of reorientation of the model of health care advocated by the Unified Health System (SUS) provided the anticipation of the formation of the health professional, through the creation of the graduation course in collective health, the present study aimed to identify The perception of nurses working in positions of management of primary health care on the insertion of the sanitary professional in the health care network of Health's Secretary, and to compare the training of nurses and sanitarians in the managerial scope, from their Political Educational Projects of Course - EPC. Interviews were conducted with managers who were within the inclusion criteria and accepted to participate in the study, and an analysis of the EPC of both courses prioritizing managerial skills and competences. The results showed the perception of the nurses managers about the possible contributions that graduated health professionals can bring to the context of primary health care based on their probable professional insertion in the SUS and contextualize the managerial and managerial approach recommended in the training of nurses and sanitarians in their respective projects Pedagogical policies, demonstrating important differences and similarities between the two professions. The research contributed to increase the knowledge about the academic formation and professional performance of nurses and sanitarians in SUS management and administration spaces within the APS framework, since the two undergraduate courses are professionals with a potential profile for the management of health work.

**Key words:** Management, Primary Health Care, Collective Health, Nursing

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
1.2 JUSTIFICATIVA/HIPÓTESE.....	16
3. OBJETIVOS .....	19
3.1 Geral.....	19
3.2 Específicos .....	19
4. REFERENCIAL TEÓRICO .....	20
4.1 Histórico da Saúde Coletiva como Profissão.....	20
4.2 Histórico da Enfermagem como Profissão.....	23
4.3 Atuação da Enfermagem na Gerência dos Serviços de Saúde .....	26
4.4 Atuação da Saúde Coletiva na Gerência dos Serviços de Saúde .....	27
5. METODOLOGIA .....	29
5.1 Tipo de Estudo .....	29
5.2 Área de Estudo e Critérios de inclusão/exclusão da amostra.....	29
5.3 Métodos.....	30
5.4 Análise dos Dados.....	31
5.5 Aspectos Éticos .....	34
6. RESULTADOS.....	35
6.1 Projetos Políticos Pedagógicos de Enfermagem e Saúde Coletiva, no contexto da gestão, gerenciamento de Forma Ampliada e gerenciamento de APS.....	35
6.2 Entrevistas com Gerentes Atuando na Atenção Primária com Formação em Enfermagem nas Regiões Administrativas de Ceilândia e Samambaia.....	43
7. DISCUSSÃO .....	50
7.1 Semelhanças e Disparidades na Formação de Enfermeiros e Sanitaristas para Gestão e Gerenciamento no SUS.....	50
7.2 Percepções dos gerentes enfermeiros da APS sobre a Inserção do Sanitarista na RAS.....	56
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
9. REFERÊNCIAS .....	73
10. ANEXOS .....	79

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Matriz de Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos.....	32
Figura 2 - Fluxograma de Categorias das Entrevistas Realizadas com Gerentes .....	48

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Número de Citação das Palavras Gestão, Gerenciamento e Gerenciamento em APS nas Ementas de Disciplinas dos Curso de Graduação em Enfermagem nas Universidades Analisadas. ....	34
<b>Tabela 2</b> - Número de Citação das Palavras Gestão, Gerenciamento e Gerenciamento em APS nas Ementas de Disciplinas dos Curso de Graduação em Saúde Coletiva nas Universidades Analisadas..	35
<b>Tabela 3</b> - Profissões com Perfil Gerencial Segundo os Gerentes – Ceilândia .....	43
<b>Tabela 4</b> – Profissões com Perfil Gerencial Segundo os Gerentes – Samambaia .....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CBO- Classificação Brasileira de Ocupação  
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa  
CS- Centros de Saúde  
DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais  
ESF- Estratégia de Saúde da Família  
FEPECS- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
NOB- Norma Operacional Básica  
OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde  
PET-SAÚDE- Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde  
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica  
PPP'S- Projetos políticos pedagógicos  
RAS- Rede de atenção à saúde  
REUNI- Reestruturação e Expansão das Universidades Federais  
SES-DF. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
SUS- Sistema Único de Saúde  
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UEA- Universidade Estadual do Amazonas  
UFMT- Universidade Federal do Mato Grosso  
UFU- Universidade Federal de Uberlândia  
UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais  
UFRJ -Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
UFPR- Universidade Federal do Paraná  
UFPE- Universidade Federal De Pernambuco  
UFBA- Universidade Federal da Bahia  
UFRB- Universidade Federal do Recôncavo Baiano  
UFAC- Universidade Federal do Acre  
UFRR- Universidade Federal de Rondônia  
UnB- Universidade de Brasília  
USP- Universidade de São Paulo

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde (SUS), surgiram como resposta estruturada pela sociedade civil organizada no enfrentamento de questões relativas a saúde no Brasil. A proposta da Reforma Sanitária articulava uma totalidade de mudanças, implementando uma ampla reforma social segundo Arouca (1988). A partir de 1993, a construção do SUS passou a demandar diversas inovações, (incluindo o âmbito técnico-organizativo e gerencial) e a impor a (re)conceituação das práticas da Saúde Pública institucionalizada, além da reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e conseqüentemente da formação dos profissionais atuantes nesse campo (PAIM, 2009).

Historicamente a gestão e gerência dos serviços de saúde estiveram monopolizadas nas mãos de profissionais médicos e enfermeiros e entendida como função destes, apesar de suas formações serem voltadas para o cuidar e o curar, oferecendo assim, um aparato mínimo durante a graduação dos ditos profissionais, para o enfrentamento das questões referentes ao fortalecimento das políticas públicas de saúde e o funcionamento de um sistema complexo de saúde. Carneiro e Sousa (2013) e Mota e Santos (2013) concordam que esse problema é oriundo da crise do sistema de saúde brasileiro e do o modelo de educação em saúde que “treina técnicos competentes, porém pouco comprometidos com as políticas públicas de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1682).

O surgimento do bacharelado em Saúde Coletiva teve como proposta inovar na formação de profissionais para a área da saúde, retirando o foco da doença e direcionando para a promoção e a prevenção da saúde, “O SUS, depois de 20 anos ganhou um profissional de saúde capacitado para geri-lo” (SAMPAIO; SANTOS 2013, p. 86). Por natureza, o curso forma um profissional para rever práticas, construir novos cenários e, acima de tudo, contribuir para a construção de um SUS humano, solidário e fraterno (PAIM, 2009).

Considerando que essa nova graduação veio para agregar conhecimentos e saberes com outras áreas da saúde e pode contribuir para o fortalecimento do SUS, torna-se importante estudar a percepção de profissionais já inseridos no processo de trabalho sobre a atuação de um profissional com um novo modo de pensar e fazer processos gerenciais no SUS, principalmente no que diz respeito a atenção primária à saúde. A pesquisa terá, portanto, seu foco voltado para a percepção e o imaginário de profissionais enfermeiros que ocupam cargo de gerência na atenção primária à saúde, no que diz respeito a inserção e atuação do sanitarista graduado no processo de gerenciamento na rede de atenção à saúde (RAS).

## 1.2 JUSTIFICATIVA/HIPÓTESE

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, houve aumento das demandas relacionadas à formação profissional na área gerencial e gestora, visto que o novo sistema insurgente apontava para a necessidade de práticas inovadoras de gestão. Dessa forma, cresceu a necessidade de se formar um profissional especializado na função gerencial/gestora desde o nível de graduação, com formação generalista, para atuar em todos os níveis de complexidade do SUS. Esse profissional poderia preencher lacunas importantes no sistema, pois ele seria preparado desde a graduação para formular, implantar, organizar, monitorar e avaliar políticas, planos, programas, projetos e serviços de saúde. Para atender a esse propósito, surgiu a graduação em Saúde Coletiva e os profissionais sanitarietas formados em nível de graduação.

Entretanto, vale pontuar que a prática profissional dos sanitarietas é antiga, começa com a chamada saúde pública ou higiene pública, e assim existe desde quando se começou o saneamento dos portos para o combate à peste bubônica e quando Oswaldo Cruz fez o chamamento para coordenar ações de prevenção em saúde da população. Entre 1850, com a criação da Junta Central de Higiene Pública e 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, temos o “nascimento” da área de Saúde Coletiva no Brasil (PORTES; CECCIM, 2013, p. 14).

Historicamente, o sanitarieta é considerado como um trabalhador do campo da Saúde Coletiva. Geralmente, profissionais graduados em áreas da saúde, incluindo veterinários, desempenham essa função. Autores como Gomes (1991) e Formiga e Germano (2005) contextualizaram que há um destaque para atuação do enfermeiro nessa área do conhecimento, sobretudo a partir da segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale evidenciou a necessidade de implementar funções administrativas nas instituições hospitalares. Com as transformações sociais que aconteciam na Europa era preciso reorganizar os hospitais para prestar melhor assistência aos soldados de guerra e também à força de trabalho que era indispensável para o modo de produção capitalista que se instaurava na época.

Neste sentido a enfermagem compromete-se desde sua criação com a promoção, prevenção, reabilitação e assistência à saúde. Levando em conta o cenário destacado, Peres e Ciampone (2006, p. 494) argumentam que “dentre os processos de trabalho de enfermagem o cuidar e o gerenciar são os mais evidenciados.” Ainda segundo as autoras:

O gerenciamento realizado pelo enfermeiro resulta da composição histórica da força de trabalho em enfermagem que sempre promoveu sua divisão técnica e social. Seja



pelas vantagens obtidas ao ocupar espaços de poder mais elevados nessa cadeia hierárquica ou pela cisão provocada entre gerenciamento e execução desde os primórdios da Enfermagem Moderna, o processo de trabalho gerencial foi mantido como privativo do enfermeiro, reforçando o status quo dessa categoria profissional aliado à garantia de sua responsabilidade legal sobre a equipe (PERES; CIAMPONE, 2006, p. 494).

Nesse contexto, Peres e Ciampone (2006) ainda chamam atenção para o fato de que apesar da área de enfermagem historicamente ter incorporado o gerenciamento como função do enfermeiro, o processo de formação desses profissionais sempre proporcionou um preparo mínimo para assumir o lugar de gerência.

Para Campos (2000, *apud* Portes; Ceccim, 2013, p.13), estava na hora de pensar a Saúde Coletiva “como um diálogo entre campo científico e movimento ideológico (...) trata-se de uma área de conhecimento especial e com valor próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção”. Teixeira (2003, p. 13) aponta para uma carência de formação interdisciplinar no nível da graduação orientada para a Saúde, em detrimento da formação orientada para a doença:

A Saúde Coletiva não era mais apenas a parte que lutava para melhorar o sistema de saúde, que tinha objetos de conhecimento para formar competências profissionais específicas. Assim, tornou-se importante reconhecer que surgiram motivos para a antecipação da formação desse profissional, já no âmbito da graduação, e não após especialização, mestrado e doutorado. (PORTES; CECCIM, 2013, p. 13)

Com essa nova conjuntura, o programa de apoio a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) do governo federal, promulgado através do Decreto nº 6.096/2007, possibilitou a criação do curso graduação em Saúde Coletiva em universidades federais de todas as regiões do país. Por ser um curso novo, a profissão sanitaria nesta nova perspectiva ainda não foi regulamentada, apesar de estar avançando nesse processo.

Levando em consideração esse panorama, surge a importância de estudar como esses novos profissionais estão sendo recebidos na rede de atenção à saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e qual a percepção dos profissionais enfermeiros já inseridos no sistema de saúde mais especificamente na gestão, sobre a chegada de um novo sanitaria com um olhar mais abrangente para as necessidades de saúde.

Acredita-se que, compreender o imaginário dos profissionais já inseridos na rede, pode contribuir para a qualificação do debate acerca da entrada dos sanitarias graduados na secretaria de saúde do Distrito Federal. Entende-se de acordo com Legros (2007) que:

O imaginário é o produto do pensamento mítico. O pensamento mítico é um pensamento concreto que, funcionando sobre o princípio da analogia, se exprime por imagens simbólicas organizadas de maneira dinâmica. A analogia determina as percepções do espaço e do tempo, as construções materiais e institucionais, as

mitologias e as ideologias os saberes e os comportamentos coletivos (LEGROS, *et al*, 2007, p.10).

O conceito de imaginário segundo Legros *et al* (2008), muitas vezes está próximo de outras definições como de representação social, imagem mental, ideologia, crença, atividade simbólica, cultura e imaginação, apesar desses termos possuírem suas respectivas matrizes teóricas. Portanto, espera-se que as percepções ideológicas e imaginárias dos profissionais enfermeiros que ocupam a gerência da atenção primária, traga um panorama de como seria um futuro espaço de trabalho para egressos em Saúde Coletiva.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Identificar a percepção de profissionais enfermeiros atuantes em cargos de gerência da atenção primária em duas regiões administrativas do Distrito Federal sobre a inserção do profissional sanitарista na rede de atenção à saúde (RAS).

#### **3.2 Específicos**

- Comparar os projetos políticos pedagógicos - PPP's dos cursos de Saúde Coletiva e Enfermagem no Brasil, no âmbito da formação para gerencia dos serviços de saúde.
- Analisar conjuntamente as informações dos PPP's e as entrevistas realizadas com enfermeiros atuantes na gerência de APS, a fim de perceber se a visão acerca da atuação profissional das categorias estudadas está em concordância com o perfil da formação esperada no país.
- Identificar e descrever o imaginário dos enfermeiros gerentes da atenção básica sobre atuação do profissional graduado em Saúde Coletiva.
- Analisar as percepções de enfermeiros gerentes de centros de saúde sobre a inserção do profissional sanitарista graduado na RAS, em especial na Atenção Primária, comparando os achados de espaços que contam com estagiários em Saúde Coletiva com espaços que ainda não recebem estes estudantes.

## 4. REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Histórico da Saúde Coletiva como Profissão

A Saúde Coletiva é definida por Paim como um conjunto de práticas técnicas, ideológicas, políticas e econômicas desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas organizações de saúde e em instituições de pesquisa vinculadas a diferentes correntes de pensamento resultantes de projetos de reforma em saúde (PAIM, 2006). Essa definição fundamenta-se na defesa de que a Saúde Coletiva lida com fenômenos sociais que vem da interação de múltiplos fatores, nela sujeitos que buscam interferir na realidade onde vivem agem de forma reflexiva e política, ao reconhecer a sua interdependência com as condições socioeconômicas e de condições para além desta (BRASIL, 2009).

Para estudar o processo histórico do campo da Saúde Coletiva, é preciso compreender a sua íntima relação e diferenciação com a Saúde Pública, esta, é entendida por Mascarenhas (1949), como uma ciência e arte que promove, protege e recupera a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população. A trajetória da Saúde Pública está fortemente relacionada com o combate a grandes surtos epidêmicos e endêmicos, oriundos da colonização e da grande precariedade das condições de saúde da época, que assolava a população principalmente entre os séculos XVII e XIX e com a aproximação do Estado no que diz respeito as garantias de cuidados em saúde (FINKELMAN, 2002; PAIM, 2006).

A constituição da Saúde Coletiva vem de um passado que está além das fronteiras nacionais e tem necessidade de ser explicitado para que se compreenda o projeto nacional que a resultou, tendo como marco as transformações advindas da instalação de uma sociedade capitalista (NUNES, 2006). Paim e Almeida Filho (1998) argumentam que a Saúde Coletiva estabelece profundos diálogos com a saúde pública e com a medicina social e preventiva do século XIX, permitindo uma delimitação de seu campo científico enquanto âmbito de práticas voltadas para saúde pública.

Ao pensar nas ações de saúde coletiva, não se pode esquecer das práticas populares de saúde, que sempre estiveram presentes no enfrentamento das doenças desconhecias pela coletividade desde o começo do dilema sanitário, oriundo da colonização. Com os avanços da Saúde Pública e principalmente com o advento do Movimento da Reforma Sanitária que, “buscou encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 63), a Saúde Coletiva prosseguiu e se consolidou como campo de práticas e saberes. Neste contexto, cabe uma reflexão histórica, advinda de muitos autores que acreditam

que o perfil profissional do sanitarista é construído para atender as demandas do sistema público de saúde. Porém, esse profissional poderá desempenhar funções nos subsistemas privados de atenção à saúde que em teoria seria complementar ao público.

Os primeiros registros da Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas começou na década de 20, um período marcado por crise econômica, social e sobretudo sanitária, com altos índices de morbidade de mortalidade advindos dos surtos endêmicos. A ênfase dada a ações de Saúde Coletiva neste cenário, proporcionou avanços tais como a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 2 de janeiro de 1920 e a formação de uma nova identidade profissional, voltada para as necessidades de saúde das coletividades. Nessa época, muitos profissionais se especializaram em Higiene Pública afim de preparar-se para o desafio que estava à frente (FINKELMAN, 2002; BERTOLLI FILHO, 2008).

De acordo com Finkelman (2002), a referência tradicional aos higienistas da época contextualizada, foi progressivamente substituída pelo termo ‘sanitarista’, indicando uma especialização profissional que se refere as atividades de saúde pública, além de proporcionar maior distinção das atividades biomédicas.

Neste sentido, o recente curso de graduação em Saúde Coletiva, segundo o Projeto Político Pedagógico do curso na Universidade de Brasília (UnB), está estruturado para responder às necessidades da formação do profissional sanitarista.

Historicamente, este profissional é considerado como um trabalhador do campo da Saúde Coletiva, com formação generalista, que atua em todos os níveis de complexidade do SUS. É preparado para formular, implantar, organizar, monitorar e avaliar políticas, planos, programas, projetos e serviços de saúde. É um profissional comprometido ética e politicamente com a valorização e a defesa da vida, a preservação do meio ambiente e a cidadania no atendimento às necessidades sociais em saúde. É, portanto, o trabalhador da saúde na sua dimensão coletiva (BRASIL, 2009, p. 18).

Para entender o processo de consolidação desse projeto, é preciso levar em consideração vários fatores, tais como as mudanças rápidas e profundas da segunda metade do século XX. Paim e Almeida Filho (1998) afirmaram que essas mudanças afetaram a esfera econômica, cultural, social e política, talvez como nunca na história. Aos poucos, um campo de saberes e práticas transformadoras ganhavam força, ao buscarem um por um novo paradigma para superar a crise posta até a conquista do Sistema Único de Saúde com a promulgação da Constituição de 1988. A partir de então a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, proporcionando cobertura universal dos serviços de saúde.

Recuperando historicamente os momentos mencionados, que embasam a importância do projeto denominado Saúde Coletiva, (Nunes, 1994) argumentou sobre a necessidade de

estudar as origens e o desenvolvimento do campo da saúde, em especial em suas dimensões sociais. É imprescindível que o tema seja tomado em suas múltiplas relações. Em sua obra “*Saúde Coletiva: A História de uma Ideia e de um Conceito*” em (1994), Nunes divide a construção do campo em três fases históricas que apresentam a emergência de consolidação desse projeto.

A primeira fase seria a *consolidação de um projeto preventivista*, que foi amplamente discutido com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na segunda metade dos anos 50, denominado pelo autor como “pré saúde coletiva”. Menéndez (1992, *apud* NUNES, 1994, p. 6) analisa a importância desse projeto para uma reforma que buscava criticar a biologização do ensino fundamentado em práticas individualistas, curativas e hospitalocêntricas, na tentativa de integrar o cuidado biopsicossocial. “Se associa a crítica de uma determinada medicina que, na teoria e na prática estava em crise. A crítica dirigia-se ao modelo biomédico” (NUNES, 1994, p.6).

A segunda fase se estende até o final dos anos setenta e reforça a perspectiva de uma medicina social, entendida como "o campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde como sua preocupação principal e estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica" (OPS, 1976). Nunes (1994) conta que nos anos setenta houve um intenso debate sobre as relações saúde-sociedade por conta de inquietações teóricas, instituições internacionais como a OPAS preocupavam-se em promover seminários que proporcionassem em espaços de férteis discussões e emergentes paradigmas.

A terceira fase da trajetória da Saúde Coletiva acontece então para marcar um modo de repensar a saúde em uma dimensão ampliada e a partir da década de 80 vai se estruturando, principalmente com o advento da Reforma Sanitária em meados da década de 1970. Sua principal bandeira de luta era a democratização da saúde (OSMO; SCHRAIBER, 2014). Entretanto, para muito além de um projeto de reforma setorial de saúde a reforma sanitária representou uma ampla reforma social, é o que defende Paim (2008):

Como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência dos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma ‘totalidade de mudanças’, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p. 173).

Essas articulações resultaram na redemocratização do país através da promulgação de uma nova constituição e na implementação de um estado de bem-estar social, marcado pelo advento do Sistema Unificado de Saúde em 1988, através da lei orgânica da Saúde nº 8.080/90, firmado nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, além da ampla participação social nas decisões de saúde da coletividade (BERTOLLI FILHO, 2008; PAIVA, TEXEIRA, 2014).

A partir do panorama explicado, Paim e Almeida Filho (1998), salientaram que a prática profissional do campo da saúde coletiva veio para agregar ao SUS contribuições relacionadas aos estudos do fenômeno saúde/doença ao investigar a produção e distribuição dessas doenças na sociedade e considerar o processo social existente, procurando entender as maneiras como a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, para buscar sua explicação e organizar-se para enfrenta-los. Tal enfrentamento tem como aliado e protagonista a Saúde Coletiva, levando em conta seu caráter transdisciplinar, que toma por objeto de conhecimento e intervenção a saúde, entendida em sua dimensão populacional, coletiva e como política e práticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e grupos da população (BRASIL, 1994).

#### **4.2 Histórico da Enfermagem como Profissão**

Historicamente, a enfermagem passou por um processo de evolução como profissão, de acordo com Espirito Santo e Porto (2006), a visão da profissão referente às concepções de saúde/doença, acompanhou diferentes correntes e modelos, tais como o modelo religioso, o modelo biomédico e recentemente modelos e teorias que tentam ampliar a visão de saúde e doença e construir um conjunto de conhecimentos próprios, procurando definir a natureza específica do cuidado com o ser humano na relação saúde/doença.

Neste contexto de mudanças dos paradigmas da profissão, o processo gerencial da enfermagem foi amplamente discutido ao longo da história. Cunha e Ximenes Neto (2006) argumentaram que estudos apontam a necessidade de discutir as competências da área de trabalho em enfermagem. Nesse sentido é importante refletir sobre a atuação do enfermeiro enquanto gerente da equipe de enfermagem e enquanto gerente geral dos serviços de saúde, que são processos constituídos de maneira distinta.

Autores como Ciampone e Kurcgant (2005) e Cunha e Ximenes Neto (2006) concordam, que o enfermeiro gerente da equipe de enfermagem desenvolve atividades administrativas inerentes ao trabalho assistencial, tais como gerenciamento de recursos – físicos, materiais,

humanos, financeiros, políticos e de informação e garantia de que os membros da equipe desenvolvam competências para a prestação da assistência em enfermagem.

Quando se pensa na gerência geral de um serviço de saúde destinada ao enfermeiro, nota-se algumas fragilidades, pois as competências administrativas são amadurecidas conforme os “desafios e as necessidades se apresentam” (VECINA NETO, 2011, p. 230). Ainda segundo o autor, os profissionais são preparados para assistência técnico-científica com pouco enfoque em aspectos administrativos, que auxiliarão a prática. A generalidade e a polivalência são atributos históricos importantes nessa atividade, mostrando a necessidade de especialização.

Neste sentido, Vecina Neto (2011) trouxe uma reflexão sobre os modelos assistenciais, que são “uma construção histórica, política e social, organizada em um contexto dinâmico para atender os interesses de grupos sociais” (VECINA NETO, 2011, p. 231), auxiliando a sistematização das atividades cotidianas para possibilitar a organização e a interação dos objetivos dos serviços de saúde em enfermagem.

A operacionalização dos modelos de assistência colabora com o gestor na administração do setor levando em conta o dimensionamento de pessoal em enfermagem e seus processos de trabalho. Os processos de trabalho inserem procedimentos e rotinas que são bases práticas de enfermagem, essas práticas visam garantir a qualidade da assistência a partir da padronização e segurança do cuidado, para isso a educação continuada é um elemento de fundamental importância no auxílio dos profissionais e no fortalecimento de seus conhecimentos para promover maior segurança na aplicação do cuidado e no sucesso de gerenciamento desse serviço (VECINA NETO, 2011).

Os modelos de assistência passaram por significativas transformações ao longo do tempo e foram idealizados desde o surgimento da enfermagem. Vanzin e Nery (2000), caracterizam a origem da enfermagem como em duas fases, a Pré-Profissional constituída basicamente pelo surgimento do profissional “enfermeiro” sem formação científica e a fase profissional, que se caracteriza pela fundação das escolas de enfermagem que permitiram embasamento científico aos profissionais.

O surgimento da enfermagem, não pode ser sintetizado sem mencionar alguns nomes que fundaram as bases da enfermagem até a atualidade, dentre eles estão Florence Nightingale, como citado anteriormente, foi precursora da enfermagem na Inglaterra, e Ana Nery, considerada a primeira enfermeira do Brasil (BRASIL, 2012).

Florence Nightingale é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna em todo o mundo, destacou-se durante a segunda metade do século XIX, na Inglaterra Vitoriana, em meio a um contexto industrial, mais especificamente durante a Guerra da Crimeia em 1854, Florence



implementou melhorias nas enfermarias do Hospital Scutari, ao contribuir para o resgate das condições sanitárias em relação ao ambiente e à higiene e ao aperfeiçoar o cuidado aos soldados, limpando suas feridas e realizando curativos, além de prover apoio psicológico (MALAGUTTI; MIRANDA, 2010).

Para Silva (2001), Nightingale pensava a Enfermagem como uma oportunidade profissional, com um conteúdo específico por investigar. A sua concepção da Enfermagem pautava particularmente na prevenção e no doente, contrariando as concepções de Enfermagem da sua época, que valorizavam, acima de tudo, a doença e o curar. Ainda segundo a autora Nightingale não via a Enfermagem como limitada à administração de medicamentos e tratamentos, mas, em vez disso, orientada para fornecer ar fresco, luz, aquecimento, higiene, quietude e nutrição adequada (SILVA, 2001).

No Brasil, o marco da Enfermagem foi através de Ana Justina Ferreira ou Ana Nery que foi voluntária da Guerra Brasil-Paraguai em 1865, dedicando-se aos cuidados dos feridos e improvisando hospitais, Nery ficou conhecida como “Enfermeira-Mãe dos Brasileiros” (BRASIL, 2012).

Espirito Santo e Porto (2006) ressaltam que “a Enfermagem tem mais de um século de existência, mas as teorias de enfermagem desenvolveram-se a partir da década de 50 do século XX,” apesar de desde meados do século XIX Florence Nightingale já ressaltasse uma distinção entre o conhecimento da Enfermagem e o da Medicina, foi a partir da segunda metade do século XX que os profissionais de enfermeiros iniciaram estudos para o desenvolvimento, articulação e comprovação das teorias de enfermagem. As autoras trazem que as mudanças educacionais proporcionaram aos profissionais de enfermagem a receber o título de bacharel após 1950 nos Estados Unidos, proporcionando o surgimento das escolas de enfermagem e de suas primeiras teorias como estratégia de criação de um conhecimento próprio (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

No Brasil, as primeiras Escolas de Enfermagem começaram a ser fundadas a partir da influência de Ana Nery, com o objetivo de capacitar profissionais enfermeiros através de conhecimentos científicos. A primeira escola de enfermagem do Brasil foi inclusive batizada com o nome de Ana Nery (BRASIL, 2012) Conforme Pires (1998, apud BRASIL, 2012), a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery serviu de referência para a formação do enfermeiro seguindo o modelo de Florence Nightingale. O currículo da escola foi considerado padrão para o desenvolvimento de outras no desenvolvimento da enfermagem tendo como base o cuidar e o gerenciar.

### 4.3 Atuação da Enfermagem na Gerência dos Serviços de Saúde

Para compreender a atuação do profissional enfermeiro no serviço da gerência, é preciso retomar alguns conceitos importantes nesse processo. A atuação é definida como, a ação de atuar ou de desempenhar alguma função como procedimento e conduta (BRASIL, 2015). A gestão é conceituada pela Norma Operacional Básica (NOB) 1/1996, como a atividade e a responsabilidade de dirigentes de um sistema de saúde. Seja, ele municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções, de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Por sua vez a gerência é a “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema” (BRASIL, 1996).

A gerência em saúde, é fundamental na efetivação de políticas sociais e em específico, as de saúde como a ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e interativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais de saúde (MATUMOTO; MISHIMA; PINTO 2000). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), definem a atuação gerencial no trabalho do enfermeiro como uma ferramenta indispensável para auxiliar no seu cotidiano e nas expectativas do mercado trabalho, principalmente dentro da perspectiva de consolidação do SUS, as competências gerais orientadas para os cursos de graduação em Enfermagem pelas DCN tentam demandar do futuro enfermeiro conhecimentos acerca de atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento (WEIRICH *et al*, 2009).

A administração dos serviços de saúde esteve ligada ao enfermeiro desde a implementação da enfermagem moderna. Rothbarth, Woff e Peres (2009) contextualizaram que no decorrer da história, o gerenciamento dos serviços de enfermagem foi incorporado a sua prática e inclusive, atribuída como privada do enfermeiro. A posição do enfermeiro, portanto é de gestor líder responsável pela equipe de enfermagem e também por parte da assistência na organização de saúde (RUTHES; CUNHA, 2009).

No entanto, a literatura aponta para o fato de que o conhecimento dos enfermeiros em relação ao processo de trabalho gerencial é ainda incipiente levando em consideração a sua importância e complexidade (SANCHES *et al*, 2006). Fica evidente “que para operacionalizar um dado modelo assistencial há necessidade de desenvolver localmente um modelo gerencial pertinente que seja capaz de favorecer as ações fundamentais à sustentação do processo” (ANDRÉ; CIAMPONE, 2007 p. 837).

O gerenciamento em enfermagem é visto como uma atividade complexa e polemica de acordo com Jorge *et al.*, (2007), tanto em instituições hospitalares quanto no âmbito da saúde coletiva, pois segundo a autora, “cada vez mais exige das profissionais competências (cognitivas, técnicas e auditivas) na implantação de estratégias adequadas as atuais tendências administrativas contemporâneas que convergem para os anseios da organização e de seus gestores” (JORGE *et al.*, 2007, p. 81).

Ao considerar o panorama atual de trabalho em saúde, autores como Munari Cruz e Merjane (2005), reconhecem que o desenvolvimento da competência gerencial para o enfermeiro é uma tarefa árdua, especialmente por conta da tendência de formação que a maioria das escolas ainda tem seu foco voltado para excelência do desenvolvimento técnico.

Nesse contexto, Spagnol (2005), afirmou que o enfermeiro ainda dispõe de métodos e estratégias de gestão tradicional, advindos das teorias clássicas da administração que utiliza prioritariamente da supervisão na função gerencial de controle, dificultando o exercício de uma gerência compartilhada e conseqüentemente favorecendo um trabalho em enfermagem mecanizado, sem maiores vínculos com os usuários e com suas necessidades em saúde. Principalmente no ambiente hospitalar, o gerenciamento ainda sofre grande influência da administração clássica, em particular o modelo taylorista/fordista e burocrático que prioriza a divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas e impessoalidade nas relações interpessoais (MATOS; PIRES, 2006).

Para que haja mudanças na prática gerencial dos profissionais de enfermagem que os tornem atores/sujeitos de transformação social, Spagnol (2005) salienta que se faz necessária a análise do processo de trabalho, do diálogo e da participação e debate juntamente com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional.

#### **4.4 Atuação da Saúde Coletiva na Gerência dos Serviços de Saúde**

A (re)conceituação do objeto das práticas de saúde e a reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde impõem segundo (Paim, 2002) uma redefinição dos processos de trabalho, e a reconfiguração do agente-sujeito em saúde, que demanda transformações no âmbito da formação dos profissionais que atuam nesse campo. A formação do profissional sanitário na graduação, implica na antecipação de um conjunto de competências gerais e específicas, como por exemplo, análise e monitoramento da situação de saúde; planificação, programação, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos a saúde além de gerenciamento de processos de trabalho coletivo em saúde (TEIXEIRA, 2003). Surge então:

Um sujeito-agente coletivo, para atuar nas realidades sanitárias brasileiras, em busca de melhor assistência à saúde da população brasileira, possuindo uma formação generalista, capaz de atuar em todos os níveis de complexidade do SUS, na gestão de serviços públicos e privados de saúde. (Bezerra *et al*, 2013, p. 60)

O profissional de Saúde Coletiva qualifica-se “como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis”. (CARDOSO, 2013, p. 208). Líderes do movimento estudantil salientam que por melhor que seja o ensino das disciplinas dessa área nos cursos de graduação, as competências adquiridas são limitadas e subalternas ao modelo médico hegemônico. Autores como Teixeira (2003) e Paim (2002) concluem que um profissional especializado durante toda sua graduação para ocupar cargos de gestão e gerencia no setor saúde vem para agregar e otimizar o trabalho em saúde, inclusive para desconstruir o modelo técnico de gestão desenvolvido historicamente por médicos e enfermeiros. Cardoso e Sousa (2013) afirmam que:

A inserção do sanitarista no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde comprova a construção de novas relações que se complementam com as demais profissões do setor saúde, sem causar prejuízo na especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional (CARDOSO E SOUSA, 2013 p. 207).

Portanto ainda em concordância com os autores citados, o bacharel em Saúde Coletiva está longe de se sobrepor aos demais integrantes da equipe de saúde, mas aparece como um novo ator que se associa de modo orgânico aos trabalhadores em Saúde Coletiva. No processo de gestão de serviços em saúde supre o “atendimento a uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS, de preencher os vazios de profissionais em muitas localidades e serviços” (PAIM; PINTO *apud* CARDOSO; SOUSA, 2003). De outra parte, para Sousa (2013), a graduação também proporciona novas oportunidades de aprofundamento de conhecimento e habilidades nos cursos de pós-graduação, cumprindo seu papel agregador. Em um estudo realizado sobre o estágio supervisionado em saúde coletiva, em que se avaliou os campos de práticas dos discentes nos serviços de saúde, verificou-se a necessidade de ampliação de espaços de gerencias para atuação deste profissional. Pois a pesquisa comprovou que o ambiente de estágio proporciona ao graduando uma oportunidade de desenvolver habilidades técnicas, competências de trabalho em equipe, criatividade, liderança, comunicação e autonomia, seja na atenção básica, média e/ou alta complexidade, segundo os autores, “estas situações vivenciadas permitem formar profissionais capacitados, comprometidos, ativos e aptos a atuar em todos os níveis do sistema” (DOS SANTOS BEZERRA *et al.*, 2013 p. 125).

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de Estudo:

Realizou-se um estudo transversal, descritivo com abordagem qualitativa. Os estudos transversais se aplicam quando a pesquisa descreve um momento específico, ou seja, o fator e o efeito da pesquisa são observados num mesmo momento histórico (BORDALO, 2006). A abordagem qualitativa, é a que melhor se adequa ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos segundo Minayo (1994). Esse tipo de pesquisa é dividida em três etapas, sendo a primeira, ainda de acordo com Minayo (2010), a etapa de *fase exploratória*, caracterizada pela elaboração do projeto de pesquisa e a compilação de todos os métodos essenciais para planejar e propiciar a entrada em campo; segunda etapa é o *trabalho de campo*, fase essencial para o conhecimento e aproximação da realidade; e a terceira etapa é *análise e tratamento do material empírico e documental* que tem por base os dados coletados. A presente pesquisa seguiu as etapas explicitadas como será demonstrado mais a diante.

### 5.2 Área de Estudo e Critérios de inclusão/exclusão da amostra.

A amostra foi de conveniência, não representativa do universo de origem, formada a partir do preenchimento dos critérios de inclusão. O estudo foi realizado em Centros de Saúde (CS) integrantes da SES-DF, em que os gestores fossem enfermeiros de formação. Foram incluídos no estudo os enfermeiros gestores desses Centros em áreas escolhidas e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas da amostra os Centros de Saúde que não apresentam enfermeiros na gestão e/ou que os profissionais se recusem a participar do estudo.

Como área de estudo, foram eleitas as regiões administrativas de Ceilândia e Samambaia. Ceilândia foi escolhida por manter convênio com a Universidade de Brasília e receber estagiários de graduação em Saúde Coletiva em todos os seus Centros de Saúde. Samambaia compôs o universo de estudo por ser uma região administrativa que não conta com estagiários de graduação em Saúde Coletiva e que tem proximidade territorial com a Ceilândia, possibilitando comparações mais consistentes entre os achados.

O estágio é uma experiência de formação estruturada e de relevância, que traz impactos tanto na formação e preparação dos estudantes do ensino superior para a entrada no mundo profissional, quanto para o serviço que acolhe esse estagiário. A partir do envolvimento direto em atividades e contextos de trabalho reais proporciona o amadurecimento da autonomia no

processo de tomada de decisão e ganhos significativos para a instituição que conta com esse ator (CAIRES; ALMEIDA; VIEIRA, 2010).

### 5.3 Métodos

O primeiro contato foi realizado pela equipe de pesquisa, em visita agendada previamente, de acordo com as possibilidades do entrevistado. O tempo de cada entrevista foi em média 20 minutos. Realizou-se a coleta de dados através de um questionário semiestruturado (Anexo I), aplicado pela equipe de pesquisa em ambiente reservado e gravado mediante a autorização do entrevistado através da assinatura do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de Pesquisa. As entrevistas foram transcritas posteriormente. Foram entrevistados cinco gerentes da atenção primária à saúde em Ceilândia e três em Samambaia, onde houve uma recusa, sob a justificativa de ocupar a pouco tempo o cargo de gerencia e, portanto, acreditar que não contribuiria muito para o estudo. Em Ceilândia, todos os centros de saúde nos quais os gerentes tinham formação superior em enfermagem aceitaram participar da pesquisa. O instrumento de coleta foi formado por 10 questões, que contemplam: formação, qualificação profissional do entrevistado, conhecimento sobre o campo da saúde coletiva, percepções sobre a atuação do graduado em saúde coletiva e imaginário sobre a inserção profissional (Anexo I).

Coletou-se também dados secundários para análise documental. Além da pesquisa bibliográfica de artigos científicos relacionados ao tema de pesquisa, os projetos políticos pedagógicos dos cursos de saúde coletiva e enfermagem das universidades federais brasileiras que ofereçam os dois cursos simultaneamente, foram coletados para fim de análise e comparação de ambas as formações para gestão e gerência em serviços de saúde. A busca foi feita em quatro tentativas: I- busca no site da instituição, II- encaminhamento de e-mail e/ou ligação à instituição, III- contato com os respectivos centros acadêmicos de curso e IV- contato com alunos conhecidos pela equipe de pesquisa na respectiva instituição e curso. As universidades que não disponibilizaram seus projetos nestas 4 tentativas ficaram de fora da amostra de pesquisa. O avanço em cada etapa dependia da não obtenção do documento na etapa anterior.

Segundo o levantamento realizado pela pesquisadora no site do Ministério da Educação - Emec (disponível em <http://emec.mec.gov.br/>), o curso de Saúde Coletiva está inserido em 21 universidades em todo o Brasil, porém a partir dos resultados da busca realizada, o presente estudo contou com os projetos políticos pedagógicos de 15 universidades brasileiras que

oferecem os cursos de graduação em saúde coletiva e enfermagem, de acordo com os critérios de inclusão.

As universidades que compõem a análise são respectivamente, Universidade de Brasília (UnB) campus Darcy Ribeiro e Campus Ceilândia, Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Universidade Federal De Pernambuco (UFPE), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB), Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal de Rondônia (UFRR) e por fim, Universidade Estadual do Amazonas (UEA).

#### **5.4 Análise dos Dados**

As entrevistas feitas com os gerentes dos centros de saúde participantes da pesquisa, foram transcritas e cruzadas para análise segundo a metodologia de Laurence Bardin, a análise de conteúdo, que consiste em três etapas, leitura flutuante, leitura em profundidade e categorização.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1977 p. 31).

Autores como Rocha e Deusdará (2005), a partir da abordagem de Bardin, relacionaram as possibilidades de utilização da análise de conteúdo, que se aplica quando há necessidade de ir além da leitura simples, possibilitando ultrapassar as “aparências” e os níveis superficiais da fala, fundamentando nesse processo de descoberta a desconfiança sobre planos subjetivo e ideológico. Esse método cabe em tudo que é dito desde entrevistas, depoimentos e textos até comportamentos e outras expressões culturais.

As entrevistas e a análise documental foram divididas em categorias de análises qualitativas e quantitativas, abordando questões sobre gestão, gerência, atenção primária e habilidades e competências, o que tornou viável o cruzamento dos dados e análise segundo as três fases do método de Bardin, que será detalhado posteriormente.

Para análise documental optou-se por categorias pré-estabelecidas que nortearam a criação de uma matriz de análise documental para o levantamento dos dados, conforme

ilustrado na Figura 1. As categorias tentaram contemplar os objetivos do estudo, e buscaram dimensionar os conceitos de gestão e gerenciamento presentes nos PPP'.

**Figura 1** - Matriz de Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos Estudados

VARIABLES	Univ. 1		Univ. 2	
	Saúde Coletiva	Enfermagem	Saúde Coletiva	Enfermagem
1. TOTAL DE CRÉDITOS				
2. TOTAL DE DISCIPLINAS QUE CITAM GESTÃO				
3. TOTAL DE DISCIPLINAS QUE CITAM GERENCIA/ GERENCIAMENTO				
3. TOTAL DE DISCIPLINAS QUE CITAM GERENCIAMENTO EM APS				
5. TOTAL DE CITAÇÃO DE GERENCIAMENTO/ GERENCIA				
6. TOTAL DE CITAÇÃO DE GESTÃO				
7. CONTEXTO DA GESTÃO				
8. CONTEXTO DO GERENCIAMENTO/GERENCIA				
9. CONTEXTO DO GERENCIAMENTO EM APS				
10. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS PARA GESTÃO				
11. HABILIDADES DE COMPETÊNCIAS PARA O GERENCIAMENTO				
12. HABILIDADES E COMPETÊNCIAS PARA O GERENCIAMENTO EM APS				

**Fonte:** Elaboração Própria.

A partir da elaboração das categorias, foram delimitadas palavras-chave que nortearam a busca dos seguimentos de análise nos documentos selecionados. Para a categoria “Contexto da Gestão” utilizou-se as palavras-chave: gestão e gerir. Para a categoria “Contexto do Gerenciamento” utilizou-se as palavras-chave: gerenciamento, gerencia, gerencial e gerenciar. Para a categoria “Contexto do Gerenciamento em APS” utilizou-se as palavras-chave: atenção primária, atenção básica, gerencia, gerenciamento e promoção da saúde. Para a categoria “Competências e Habilidades para Gestão” também utilizou-se as palavras-chave: gestão e gerir, e acrescentou-se: habilidades e competências. Para a categoria “Competências e Habilidades para o Gerenciamento” também utilizou-se as palavras-chave: gerenciamento, gerencia, gerencial e gerencia, e acrescentou-se: habilidades e competências, por fim, para a última categoria, denominada “Competências e Habilidades para o gerenciamento em APS”, utilizou-se as palavras-chave: gerenciamento da atenção primária, gerenciamento da atenção básica, competências, habilidades, atenção básica e atenção primária.

Após a delimitação dos conteúdos de cada categoria nos PPP's, utilizou-se o apoio do software MAXqda 12 para a quantificação e criação de subcategorias de análise, para identificar os contextos existentes nos textos. Foram criadas frequências de palavras pelo comando MAXDictio, logo após, subcategorias foram identificadas e criadas com o auxílio do comando “Pesquisa Lexical”. Para a quantificação das repetições, considerou-se as vezes que as palavras chave apareceram nos documentos, dentro do contexto delimitado para cada subcategoria.

Para as entrevistas, optou-se pela criação de categorias *a posteriori*, ou seja, as categorias foram criadas a partir da maior repetição da unidade palavra respeitando seus núcleos



de sentido em todas as entrevistas. Para o desenvolvimento desta técnica utilizou-se o referencial metodológico de Bardin, que se organiza em três fases, são elas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de pré análise organiza o material a ser analisado através de quatro etapas: (a) leitura flutuante que Bardin (1979) define como a leitura em que surge hipóteses ou questões norteadoras, em função de teorias conhecidas. (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que determina indicadores por meio de recortes do texto nos documentos de análise (Bardin, 2006). Nesta fase as entrevistas foram transcritas e separadas em dois grupos, Ceilândia e Samambaia e organizadas segundo os critérios da pesquisa para a análise em profundidade.

A segunda fase consiste na exploração do material organizado, em um sistema de codificação em que os dados brutos são transformados de forma organizada agregando-as em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo estudado, segundo Bardin (2006). A autora ainda chama atenção para a importância desse momento, pois possibilitará ou não a riqueza das interpretações e inferências (BARDIN, 2006). Esta é a fase da descrição analítica, que diz respeito ao corpus, ou seja, qualquer material textual coletado submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. Nessa etapa, as entrevistas foram quantificadas em relação a frequência de palavras, buscando no texto original, os núcleos de sentido em que as mais frequentes estavam contidas.

A partir desta etapa, contou-se, assim como nos PPP's, com o apoio do software MAXqda 12, para quantificação e categorização prévia dos dados utilizando o comando MAXDictio, foi realizado também nessa fase, um estudo minucioso dos contextos e conteúdos presentes no discurso dos entrevistados para a criação de códigos no software, que representam as categorias de análise das entrevistas.

Por fim, a terceira fase da análise diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006). Nessa etapa, as categorias construídas na etapa anterior foram confrontadas com o corpus de análise para possíveis ajustes e construção das categorias complexas de acordo com os dados contidos pelos resultados.

### **5.5 Aspectos Éticos**

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e teve seu início somente após a sua aprovação (Anexo IV) através do Protocolo de N° 1.429.221. O estudo cumpriu com as normativas do Conselho Nacional De Saúde, Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. A identidade dos gestores e demais atores será, portanto, preservada, não sendo identificados no corpo do trabalho. Na ocasião de coleta de dados, primeiramente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo (Anexo II) que foi preenchido pelo sujeito da pesquisa, em horário e ambiente que o mesmo julgou mais apropriado, para garantir o não constrangimento do entrevistado, conforme a Resolução 466/12 do código de ética em pesquisas. Para a realização da gravação, foi apresentado o termo de autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa (Anexo III).

## 6. RESULTADOS

Os resultados encontrados na presente pesquisa, serão explanados em tópicos, seguindo a seguinte ordem: primeiramente serão apresentados os dados encontrados nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de graduação em saúde coletiva e enfermagem, referentes ao contexto da gestão, da gerência de maneira ampliada e do gerenciamento em Atenção Primária à Saúde.

Logo após, serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas nos centros de saúde das cidades de Ceilândia e Samambaia, explicitando a percepção dos enfermeiros gerentes a respeito da inserção do bacharel em saúde coletiva nas atividades de gerenciamento em APS na SES/DF, no contexto do questionário semiestruturado. A partir desses dados, será feita uma relação dos resultados dos PPP's com as entrevistas.

### **6.1 Projetos Políticos Pedagógicos de Enfermagem e Saúde Coletiva, no contexto da gestão, gerenciamento de Forma Ampliada e gerenciamento de APS.**

Os termos gestão, gerenciamento/gerencia e gerenciamento na atenção primária à saúde foram o foco da análise nos PPP's. A nomenclatura *gerenciamento de forma ampliada* foi utilizada no estudo para referir-se as atividades gerenciais e gestoras desenvolvidas no geral pelos profissionais, ou seja, em todas as esferas de tomada de decisão, com a intenção de diferencia-la do gerenciamento desenvolvido especificamente nos serviços de APS. Verificou-se, quantas disciplinas citaram os três termos em cada universidade e também quantas vezes esses termos apareceram nos PPP's dos dois cursos conforme mostram as tabelas abaixo:

**Tabela 1** – Quantidade de Citação das Palavras Gestão, Gerenciamento e Gerenciamento em APS nas Ementas de Disciplinas dos Curso de Graduação em Enfermagem nas Universidades Analisadas.

UNIVERSIDADES	PALAVRA GESTÃO EM EMENTAS		PALAVRA GERENCIAMENTO EM EMENTAS		PALAVRA GERENCIAMENTO EM APS EM EMENTAS	
	n	%	N	%	n	%
UFPR	5	15	5	15	1	3%
UFMG	4	11	4	11	-	0%
UnB - FCE e Darcy	4	10	3	7,5	-	0%
UEA	4	8	-	0	1	2%
UFU	3	4	-	0	-	0%
UFAC	2	4,5	4	8	1	2%
UFRB	2	4	2	4	-	0%
UFBA	1	2	1	2	-	0%
UFRGS	1	2	-	0	-	0%
UFRJ	-	0	2	3	-	0%
UFMT	-	0	1	2,5	1	2,5%
UFPE	-	0	5	10	-	0%
USP	-	0	-	0%	-	0%
UFRR	-	0	-	0%	-	0%
<b>TOTAL DE DISCIPLINAS</b>	<b>26</b>		<b>27</b>		<b>4</b>	
<b>TOTAL DE CITAÇÃO DAS PALAVRAS</b>	<b>224</b>	100%	<b>122</b>	100%		100%

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 2** - Quantidade de Citação das Palavras Gestão, Gerenciamento e Gerenciamento em APS nas Ementas de Disciplinas dos Curso de Graduação em Saúde Coletiva nas Universidades Analisadas.

UNIVERSIDADES	PALAVRA GESTÃO EM EMENTAS		PALAVRA GERENCIAMENTO EM EMENTAS		PALAVRA GERENCIAMENTO EM APS EM EMENTAS	
	n	%	n	%	N	%
UEA	8	20	6	15	1	2,5
UnB - FCE e Darcy	7	16	3	7	2	4
UFPE	6	14	4	9	-	0
UFBA	6	11,5	3	6	1	2
UFMT	5	11	1	2	1	2
UFMG	5	6	1	1	-	0
UFRGS	5	10	-	0	-	0
UFAC	5	9	-	0	-	0
USP	5	11	-	0	-	0
UFRB	4	19	-	0	-	0
UFRR	4	7	-	0	-	0
UFPR	2	3	-	0	-	0
UFRJ	1	2	-	0	-	0
UFU	-	0	-	0	-	0
<b>TOTAL DE DISCIPLINAS</b>	<b>63</b>	100	<b>18</b>	100	<b>4</b>	100
<b>TOTAL DE CITAÇÃO DAS PALAVRAS</b>	<b>1.096</b>	-	<b>354</b>	-	-	100%

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com os quadros, pode-se perceber que há uma diferença significativa na ênfase que as disciplinas dos cursos de enfermagem e saúde coletiva dão a gestão e a gerencia dos serviços de saúde e especificamente da atenção primária nos projetos políticos pedagógicos.

Enquanto cinco dos quinze cursos de enfermagem não citam a palavra gestão em disciplinas, apenas um dos cursos de graduação em saúde coletiva não menciona gestão nas ementas. O mesmo não acontece com a palavra gerenciamento, pois a mesma aparece em nove ementas dos cursos de enfermagem e seis cursos não a citam, enquanto nas graduações de saúde coletiva, oito universidades não citam gerenciamento em ementas, e seis citam. No que se refere ao gerenciamento em atenção primária, está claro que o tema não é muito abordado nas disciplinas de ambos nos cursos, dez universidades deixaram de citar o termo em suas ementas nas duas graduações, as outras cinco que citam o gerenciamento em APS o fazem apenas uma ou duas vezes, como demonstram os quadros.

Analisou-se também, o contexto em que os termos estudados foram empregados nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de saúde coletiva e enfermagem. Os resultados da análise foram cruzados no software MAXqda 12 para identificação das diferenças e similaridades dos contextos relacionados à gestão e gerenciamento dos serviços de saúde nos dois cursos. A matriz de análise documental criada para nortear a análise dos dados foi usada como base para o estudo dos contextos nos PPPs, e a partir disto, identificou-se subcategorias dentro de cada contexto anteriormente identificado.

Ao cruzar os PPPs de saúde coletiva e enfermagem, no que se refere ao “**Contexto da Gestão**” foram identificados alguns conteúdos similares nos documentos de ambos os cursos com relação à gestão de sistemas e de serviços de saúde em seu sentido macro, envolvendo serviços específicos e sistemas locais de saúde, avaliação, planejamento, organização e auditoria em saúde, criou-se, portanto, a subcategoria “**Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde**”. Essa categoria totalizou 109 registros.

Na categoria “**Contexto da Gerencia**” as similaridades encontradas nos dois cursos se referem ao gerenciamento e administração de sistemas e serviços de saúde relacionados com os *processos e força de trabalho*, recursos, sejam eles humanos, materiais ou físicos, sistemas dos serviços, administração de sistemas e serviços específicos. Há, porém, uma singularidade nos PPP’s dos cursos de enfermagem: há um destaque para o gerenciamento da força de trabalho da equipe de enfermagem, enquanto os PPP’s da saúde coletiva destacam o gerenciamento de equipes multiprofissionais. Esses pontos serão detalhados mais adiante. A partir desses dados, criou-se a subcategoria “**Administração de Sistemas e Serviços de Saúde**”, que contou com 86 registros.

Já a categoria “**Contexto do Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde**” os projetos políticos pedagógicos de ambos os cursos dão um enfoque aos *serviços oferecidos pela atenção primária* que priorizam o cuidado com a saúde da família, ou seja, que estão integrados

com a Estratégia de Saúde da Família, visando planejamento para a promoção e controle de determinantes da saúde, assim como proteção e vigilância do controle de riscos e danos no âmbito da atenção primária. A partir desses dados, criou-se a subcategoria **“Serviços de Atenção Básica à Saúde da Família”**, totalizando 122 registros.

Além dos contextos em que cada termo estava inserido, estudou-se também quais habilidades e competências relacionadas à gestão e gerenciamento que os estudantes devem desenvolver ao longo da graduação. Quando se fala em **“Habilidades e Competências para a Gestão”**, entendeu-se, segundo o banco de dados, como o desenvolvimento de ações que colaborem com a tomada de decisão, com a avaliação, o monitoramento e o processo de trabalho, visando a mobilização e eficiência dos recursos humanos, materiais, físicos, de informação e financeiros para apoiar o trabalho desenvolvido nos serviços de saúde. Essa foram habilidades e competências descritas de maneira comum aos cursos de saúde coletiva e enfermagem. Por esse achado, criou-se a subcategoria **“Ações e Recursos para o Trabalho nos Serviços de Saúde”**, com 130 repetições.

A categoria **“Habilidades e Competências para o Gerenciamento”** relatada nos dois cursos de graduação, estão relacionadas com o trabalho em equipe realizado nos serviços de saúde. Tanto os PPPs da saúde coletiva quanto da enfermagem trazem a importância da *integração das equipes multiprofissionais* de maneira interdisciplinar para a tomada de decisão, sistematizada em ações planejadas em nível individual e coletivo e, também, da capacidade de gerenciar não somente a força de trabalho, mas os recursos disponíveis. A partir dessa análise, criou-se a subcategoria **“Trabalho em Equipe nos Serviços de Saúde”**, com o total de 109 registros.

Por fim, a categoria **“Habilidades e competências para o Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde”** demonstrou que a similaridade existente na formação de sanitaristas e enfermeiros está interligado com a maneira como se realiza os *processos de atenção à saúde* da comunidade dentro do serviço de atenção primária, ou seja, como se articula um conjunto de ações e serviços preventivos, curativos e de promoção da saúde no âmbito individual e coletivo. Nesse contexto, criou-se a subcategoria **“Processo de Atenção à Saúde nos Serviços”**, com 54 repetições.

Para a identificação das diferenças existentes nos projetos políticos pedagógicos, além do cruzamento dos dados, foi feita uma análise minuciosa dos PPPs de cada curso separadamente. Os dados obtidos na análise do curso de enfermagem podem ser sistematizados pelas seguintes indicações:

A categoria “**Contexto da Gestão**” está relacionada com a gestão dos serviços oferecidos pela equipe de enfermagem e do trabalho que é realizado por essa equipe, ou seja, o contexto da gestão está inserido nos *processos de cuidar em enfermagem* e na garantia da qualidade desses processos articulando-os com a educação permanente voltada para a equipe de trabalho em enfermagem. Nesse contexto, criou-se a subcategoria “**Gestão de Serviços e do Trabalho em Enfermagem**”, totalizando 74 repetições.

Assim como na gestão, o “**Contexto do Gerencia**” em enfermagem está intimamente relacionado a processos de trabalho, tendo seu enfoque nas *ações curativas e assistenciais* realizadas pelos enfermeiros na atenção primária, portanto, a administração e o gerenciamento dos serviços e recursos usados no trabalho de enfermagem é prioritário nos projetos políticos pedagógicos das escolas de enfermagem estudadas. Dessa forma, criou-se a subcategoria denominada “Gerenciamento do Trabalho em Enfermagem”, que contou com 46 repetições.

Quando se refere ao “**Contexto do Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde**”, o que se pode perceber é uma preocupação com a garantia da *formação de enfermeiros* para atuar na atenção primária com ênfase na assistência da saúde da família. Existe, portanto, uma indicação de articulação das universidades com o serviço de saúde, para garantir um espaço de aprendizado para os estudantes de enfermagem nos serviços que futuramente poderão ocupar. Essa é uma intenção de promover um espaço propício não só para experiência no serviço e para aproximação com a ESF, mas para a apropriação do processo saúde-doença e para a criação de vínculo com a comunidade e com os trabalhadores. Criou-se, portanto, nesse contexto a subcategoria “**Formação para Atenção Primária e Parceria Serviço-Universidade**”, com 14 repetições.

No que diz respeito a categoria “**Habilidades e Competências para Gestão**” os cursos de enfermagem dão ênfase as habilidades relacionadas a *condução do trabalho em equipe*. Segundo os PPP’s, o processo de decisão da gestão em saúde precisa levar em consideração a articulação da equipe interdisciplinar para a efetivação das ações planejadas. Nesse sentido, as competências e habilidades do enfermeiro na gestão estão sendo desenvolvidas para suprir a necessidade de integração com a equipe multiprofissional, interdisciplinar e de enfermagem dentro dos processos de cuidar. A partir disso, a subcategoria criada foi “**Processo de Trabalho em Equipe de Saúde**”, com 11 repetições.

A categoria “**Habilidades e Competências para o Gerenciamento**” denotou que essas, são ações específicas, que deverão ser desempenhadas pelos profissionais de enfermagem inseridos na equipe de trabalho com o foco voltado *para o cuidado*. Essas ações podem ser entendidas entre outras coisas, como a prestação de assistência sistematizada individual e



coletiva, por meio de ações integrais de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em diferentes fases do ciclo vital. Também foi abordado o gerenciamento de decisões com base em informações sistematizadas em saúde para o planejamento das ações em nível individual e coletivo, por meio do trabalho em equipe interdisciplinar. Portanto, para esse contexto, criou-se a subcategoria **“Ações da Equipe de Trabalho no Cuidado em Enfermagem”**, com 74 repetições.

No que se refere a categoria **“Habilidades e Competências para o Gerenciamento Em Atenção Primária à Saúde”** também se relacionaram com ações e serviços realizados e oferecidos pela equipe de enfermagem, porém essas ações e serviços estão inseridos nos diferentes contextos que envolvem a atenção primária. O *processo de cuidado em enfermagem* nesses contextos, visa à atenção integral e humanizada às necessidades de saúde dos usuários (pessoas, famílias e grupos) em Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações de promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos no cuidado de enfermagem na atenção primária. Criou-se, então, a subcategoria **“Atenção às Ações e Serviços de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde”**, com 11 repetições.

A análise dos PPPs dos cursos de graduação em saúde coletiva que compõem o estudo, segundo o método anteriormente explicitado, demonstram os seguintes resultados:

Na categoria **“Contexto da Gestão”**, os projetos pedagógicos da saúde coletiva priorizam a *gestão dos sistemas de saúde* e a partir deles, a gestão dos serviços ofertados visando a regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana. Na explanação da gestão nos PPPs a avaliação dos sistemas e serviços de saúde, assim como dos projetos e programas de saúde ganha protagonismo. Neste contexto, criou-se a subcategoria **“Gestão e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde”** com 73 repetições.

No que diz respeito à categoria **“Contexto da Gerencia”**, diferentemente da graduação em enfermagem, os PPPs da graduação em saúde coletiva não priorizam o processo de trabalho, mas a *gerencia, monitoramento e avaliação de sistemas de saúde*, assim como a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas, coordenação, planificação e gerência de sistemas e serviços, sistematizando processos técnicos, cognitivos e gerenciais. Portanto, de acordo com os PPPs da saúde coletiva, o gerenciamento engloba um conjunto articulado de atividades ou tarefas que são planejadas para o alcance de um resultado gerencial, educativo, epidemiológico ou sanitário. A partir desses dados criou-se a subcategoria **“Gerenciamento de Sistemas e Serviços de Saúde”** com um total de 43 repetições.

Já na categoria “**Contexto do Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde**” as ações gerenciais se relacionam com a *promoção da saúde no âmbito do trabalho* intersetorial e participativo, e com um processo de atenção à saúde que garanta integralidade e participação popular. Há também uma preocupação com o gerenciamento das tecnologias de informação e comunicação como ferramenta para a eficiência da atenção à saúde da comunidade, levando em consideração seus determinantes e condicionantes de saúde. Com isso, criou-se a subcategoria “**Atenção à Saúde e Informação nos Serviços**”, que totalizou 38 repetições.

Ao analisar a categoria “**Habilidades e Competências para a Gestão**”, os PPPs da graduação em saúde coletiva enfatizam o desenvolvimento de saberes que proporcionem ao profissional *uma participação ativa no processo de gestão* dos sistemas e serviços de saúde. Tais habilidades, segundo os projetos, devem considerar os diferentes cenários de práticas de gestão local e regional no contexto do SUS e da perspectiva da promoção da saúde, desenvolvendo o planejamento participativo para a tomada de decisão da gestão articulada tanto com as RAS como com a equipe multiprofissional trabalhando de forma transdisciplinar. Para esses dados, criou-se a subcategoria “**Planejamento de Ações para Gestão de Serviços de Saúde**”, com 88 repetições.

Na categoria “**Habilidades e Competências para a Gerencia**”, de acordo com os PPPs, os egressos devem imprimir ao gerenciamento de serviços e sistemas de saúde, uma perspectiva empreendedora, que vise a *sustentação das políticas e ações em saúde*, utilizando aparatos tais como, o uso da informação para a gestão e a avaliação dessas ações, políticas e também de programas. Ainda é priorizado o desenvolvimento de competências a partir do conhecimento multidisciplinar para ser capaz de analisar informações em saúde com o manuseio de sistemas de informação e subsidiar a avaliação em saúde. Com esse contexto, criou-se a subcategoria “**Informação e Avaliação das Ações nos Sistemas e Serviços de Saúde**”, totalizando 40 repetições.

Por fim, na categoria “**Habilidades e Competências para o Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde**” as ações estão voltadas para *prevenção de agravos*, levando em consideração as necessidades em saúde da comunidade assim como, seus determinantes e condicionantes de saúde no âmbito da atenção básica, dentro da estratégia de saúde da família. Portanto, as habilidades e competências que o bacharel em saúde coletiva deve ter, segundo os PPPs, irão subsidiar a criação de estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde no contexto do gerenciamento de serviços, então criou-se a subcategoria “**Serviços de Atenção à Saúde com Enfoque em Prevenção**”, com o total de 29 repetições.

## **6.2 Entrevistas com Gerentes Atuando na Atenção Primária com Formação em Enfermagem nas Regiões Administrativas de Ceilândia e Samambaia.**

A região de saúde de Ceilândia conta com 12 centros de saúde, em cinco deles, os gerentes são formados em enfermagem e aceitaram participaram do estudo, de acordo com os critérios de inclusão. Os centros de saúde que compõem a pesquisa em Ceilândia são respectivamente, os centros três, quatro, seis, sete e dez.

Na região administrativa de Samambaia, existem quatro centros de saúde e quatro clínicas da família que cobrem os serviços de atenção primária. Quatro gerentes desses serviços tinham formação em enfermagem, porém apenas três delas aceitaram participar do estudo, uma gerente enfermeira se recusou a participar por acreditar não contribuir muito para o estudo, visto que ocupava a pouco tempo o cargo de gestão. Os centros de saúde e clínicas da família que compõem a pesquisa em Samambaia são respectivamente, os centros um e três e a clínica da família três. Foram realizadas nos serviços de atenção primária em que os gerentes aceitaram participar do estudo, entrevistas baseadas em um questionário semiestruturado com 10 perguntas (ANEXO I). As perguntas envolviam aspectos da gestão e da gerencia, da APS e da saúde coletiva.

No que se refere aos gerentes conhecerem o campo da saúde coletiva, o curso de graduação, e a maneira em que conheceram ambos, tem-se os seguintes resultados:

- Na região de Saúde de Ceilândia:

- Todos os gerentes entrevistados conhecem o campo do conhecimento da saúde coletiva. Três deles conheceram através do curso de pós-graduação em saúde pública ou em atenção básica à saúde, um profissional conheceu através do contato com estudantes de graduação em saúde coletiva estagiando no centro de saúde, e um profissional conheceu através do contato com um profissional do campo da saúde coletiva no ambiente de trabalho.

- No que diz respeito ao curso de graduação em saúde coletiva, entre os cinco profissionais entrevistados um não conhece e quatro conhecem, sendo que destes, todos conheceram a graduação através da inserção de estagiários de saúde coletiva na SES-DF, dentro dos centros de saúde que os respectivos profissionais trabalham.

- Na região de Saúde de Samambaia:

- As três profissionais entrevistadas conheciam o campo do conhecimento da saúde coletiva, uma delas conheceu a partir das disciplinas cursadas na graduação em enfermagem e duas através das ações dentro do serviço de saúde.

- Em relação ao conhecimento acerca do curso de graduação em saúde coletiva, uma das gerentes não conhece e nunca teve contato com estudantes ou profissionais do campo, uma não conhece e também nunca teve contato com estudantes ou profissionais ligados diretamente à graduação, mas sim profissionais formados no nível de pós-graduação, dentro dos serviços de urgência e uma conhece, porém nunca teve contato com estudantes ou profissionais do campo.

Para as perguntas de caráter subjetivo, o software qualitativo MAXqda 12 foi utilizado como apoio para a análise dos dados, assim como nos projetos políticos pedagógicos de curso. As perguntas qualitativas foram analisadas de forma de agrupada, pois verificou-se na etapa de leitura flutuante, similaridades nas categorias encontradas nos dois grupos de estudo. A criação dessas categorias foi feita após a realização das entrevistas, baseando-se nas respostas das dos gerentes sobre o questionário semiestruturado.

Um assunto relevante questionado aos gerentes, se refere aos conhecimentos e habilidades que um gerente de atenção primária deve desenvolver para gerir bem o serviço de saúde (Questão 2). As respostas evidenciaram que, na opinião dos entrevistados, os conhecimentos inerentes a um gestor da APS estão relacionados com a política nacional de atenção primária, com portarias relacionadas a essa política, à legislação do SUS e da APS. É necessário também, segundo os entrevistados, ter conhecimento sobre a administração de recursos e de serviços de saúde, esse contexto propiciou a criação de duas categorias relacionadas com conhecimentos, são elas respectivamente: **“Conhecimento de Políticas Relacionadas à Atenção Primária”** e **“Conhecimentos sobre Administração”**.

No que se refere às habilidades do gerente dos centros de saúde, os entrevistados trazem a importância de estar capacitado dentro dos protocolos de gestão do SUS e da atenção primária, além de entender a lógica dos serviços oferecidos pela unidade de saúde. É preciso também, segundo os gestores, ter habilidade técnica e domínio dos programas desenvolvidos na APS para conduzir satisfatoriamente as questões de saúde de sua área adstrita. As habilidades citadas, embasaram a criação das categorias: **“Gerenciamento Serviço de Saúde”** e **“Gerenciamento da Atenção à Saúde”**. Porém, há uma habilidade gerencial considerada crucial por todos os entrevistados, que é a habilidade de gerir pessoas no processo de trabalho e no contato com o usuário. Portanto, o desenvolvimento de resiliência nas relações interpessoais, principalmente na mediação de conflitos, foi considerado de suma importância e colocado como um desafio para o cargo de gestão da APS pelos gerentes. Criou-se então, a categoria **“Gerenciamento de Pessoas”** para explicar o contexto apresentado.

Aproveitando o contexto sobre conhecimentos e habilidades para gerencia na opinião dos entrevistados, foi questionado a eles também, quais profissões atualmente estão formando profissionais com o perfil gerencial priorizado (Questão 3). A tabela a seguir demonstra essa relação entre formações e profissões:

**Tabela 3 - Profissões com Perfil Gerencial Segundo os Gerentes – Ceilândia**

<b>PROFISSÕES</b>	<b>QUANTIDADE DE CENTROS DE SAÚDE</b>
Saúde Coletiva	2
Enfermagem	1
Enfermagem e Saúde Coletiva	1
Depende do Perfil Profissional	1
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 4 – Profissões com Perfil Gerencial Segundo os Gerentes – Samambaia**

<b>PROFISSÕES</b>	<b>QUANTIDADE DE CENTROS DE SAÚDE</b>
Enfermagem	2
Depende do Perfil Profissional	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>

Fonte: Elaboração própria

No que se refere aos maiores problemas enfrentados e os maiores êxitos alcançados por um gerente da atenção básica (Questão 4), pode-se inferir os seguintes pontos: Dentre os problemas citados, destacam-se a burocratização excessiva do acesso aos serviços de saúde, gerando grandes impactos na assistência prestada aos usuários e na satisfação dos mesmos, além da escassez de recursos físicos e materiais para manter o funcionamento efetivo da unidade. Existe ainda, um problema relacionado com recursos humanos, refletindo a importância da gestão de pessoas num contexto de muitos afastamentos e atestados médicos, caracterizando um absenteísmo por parte dos servidores. Há também uma dificuldade nas relações interpessoais entre equipes de trabalho e entre o usuário e o servidor. Logo, para representar os problemas enfrentados por gerentes da APS, criou-se as categorias: “**Dificuldade de Acesso aos Serviços de Saúde**”, “**Recursos Físicos e Materiais**” e “**Recursos Humanos**”

No tocante aos êxitos alcançados pelos gerentes de atenção básica, os entrevistados frisaram dois aspectos importantes: a garantia da qualidade da assistência ao usuário e o vínculo construído entre o serviço e esse usuário. É feita uma relação importante entre os problemas e os êxitos encontrados no serviço de saúde, pois, apesar dos problemas relacionados aos recursos anteriormente citados, os gerentes da APS, juntamente com suas equipes, conseguiriam segundo os relatos, garantir a satisfação do usuário atendido, contando com uma capacidade instalada muitas vezes insatisfatória. Existe um contexto de descontinuidade de cuidado, porém quando há atendimento, este é oferecido com garantia de escuta qualificada, de acordo com os gerentes. Criou-se então as categorias **“Qualidade da Assistência”** e **“Satisfação do Usuário”** para representar os êxitos alcançados na atenção primária.

Outro tema questionado na entrevista, foi a dimensão que os aspectos sociais têm no processo de adoecimento das pessoas, e qual a relevância desses aspectos para no momento do acolhimento feito pelas equipes dentro do serviço (Questão 5). As respostas dos gerentes em ambas as regiões trabalhadas foram unânime em dois contextos, são eles: a vulnerabilidade socioeconômica e as necessidades de saúde. O reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde das comunidades no acolhimento, foi considerado de grande importância pelos gerentes, pois, foi colocado em evidência as áreas de vulnerabilidade na qual trabalham, onde a maioria da população depende exclusivamente do SUS e tem suas queixas de adoecimento na maioria das vezes são relacionadas a aspectos sociais, como, poder de compra, acesso a transporte, educação, saneamento básico e condições de trabalho. Neste sentido, os gerentes assumem a necessidade da escuta qualificada para que a equipe compreenda as necessidades de saúde do usuário que a procura. Tal contexto subsidiou a criação das categorias **“Vulnerabilidade Econômica e Social”** e **“Necessidades de Saúde do Usuário”**.

No que se refere aos questionamentos a respeito do conhecimento acerca do campo da saúde coletiva (Questão 6), todos os entrevistados relataram conhece-lo. Porém, foi atribuído pelos enfermeiros como um campo integrante da atenção primária a saúde, que estuda as populações e tem um grande enfoque com a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Baseia-se nos índices das condições de saúde dessas populações. Para os gerentes, o campo da saúde coletiva propicia um maior vínculo com a comunidade, por estar fortemente inserida na lógica da atenção primária. Criou-se portanto, nesse panorama as categorias, **“Integrante da Atenção Primária à Saúde”**, **“Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos”**, **“Estudos das Populações”** e **“Vínculo entre Comunidade e Serviço de Saúde”**.

Quando questiona-se os profissionais enfermeiros, sobre como eles avaliam uma graduação que pretende formar um profissional generalista especificamente para atuar em todos os níveis de complexidade do SUS abrangendo gestão, gerencia, epidemiologia, planejamento em saúde, programas sociais, entre outras ações (Questão 7), tem-se os seguintes aspectos: Os gerentes atribuem como positiva uma formação que traz uma visão generalista para as questões de saúde, atuando diretamente nas razões sociais que levam as pessoas ao adoecimento. A atuação desse profissional segundo os entrevistados, estaria voltada para gestão da saúde, programação, planejamento e monitoramento de programas e ações de saúde, porém há uma discordância entre alguns profissionais entrevistados, no que diz respeito aos espaços de atuação do sanitarista. Percebe-se que alguns conseguem ver a inserção do sanitarista em todos os pontos de atenção do sistema, enquanto outros atribuem a profissão como integrante apenas da atenção primária à saúde. Neste contexto, criou-se as categorias **“Visão Ampliada da Saúde”**, **“Ações Voltadas para a Atenção Primária à Saúde”**. **“Gestão e Administração de Programas e Projetos”** e **“Avaliação, Planejamento e Monitoramento em Saúde”**.

Já em relação ao questionamento a respeito do conhecimento dos gerentes sobre a graduação em saúde coletiva (Questão 8) já citado anteriormente, pode-se perceber algumas diferenças nas regionais de Ceilândia e Samambaia no que diz respeito a conhecer o curso de graduação em saúde coletiva, pois, a maioria dos gerentes de Ceilândia conhecem o curso, porém, quatro deles recebem estagiários do curso no seu espaço de trabalho, já em Samambaia há um maior desconhecimento sobre curso por parte dos gerentes. Esse fato evidencia a importância, tanto do estágio supervisionado em saúde coletiva dentro dos espaços da atenção primária para uma maior visualização e reconhecimento do curso nos serviços de saúde institucionalizados, como da necessidade de um maior esforço para divulgação do curso e inserção do profissional nos serviços que ainda não tem contato com a graduação.

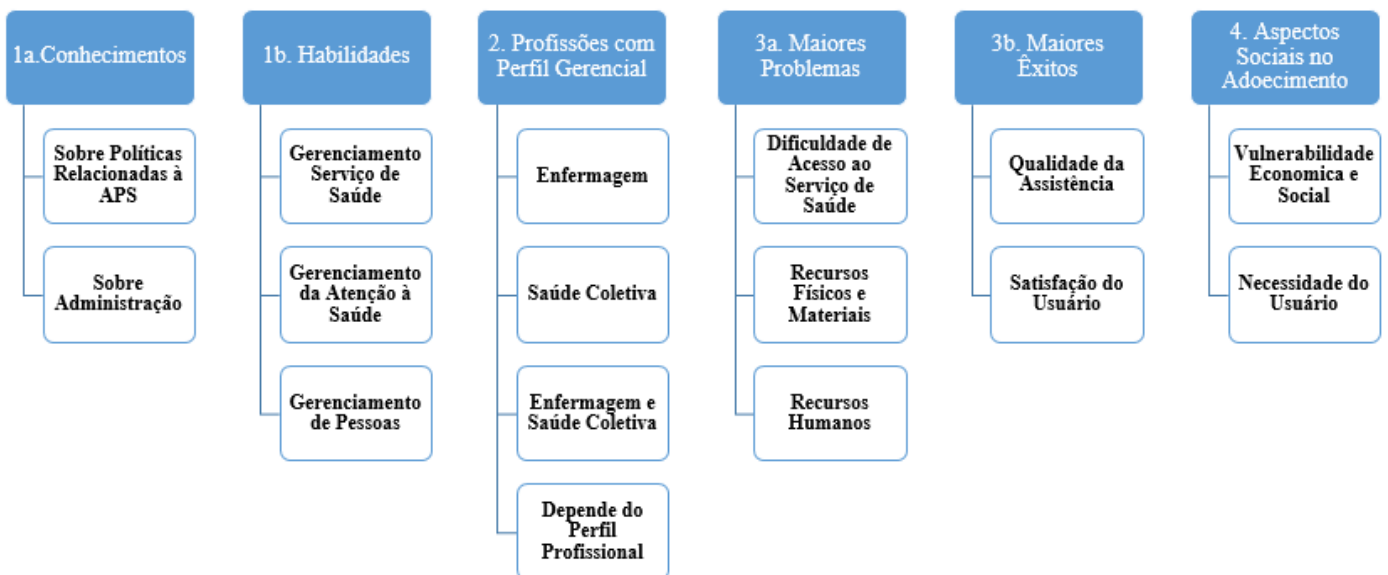
Este contexto, quando se questionou os gerentes, acerca das possíveis contribuições e dificuldades do profissional sanitarista para o fluxo de trabalho no centro de saúde (Questão 9), as falas foram muito positivas. Segundo os entrevistados, o grande diferencial que o sanitarista pode levar para o fluxo de trabalho na atenção primária é o apoio matricial no gerenciamento e planejamento das ações de saúde voltadas aos programas desenvolvidos com a comunidade e com a promoção da saúde dos usuários, assim como a prevenção de agravos. Outra contribuição citada pelos gerentes, se refere ao melhor estabelecimento de processos de trabalho relacionados ao e monitoramento e avaliação dos determinantes de saúde-doença da área, para subsidiar tomada de decisão no processo de cuidar em saúde. Criou-se por tanto as categorias

**“Processo de Trabalho em Saúde”, “Trabalho Gerencial”, “Avaliação e Monitoramento das Ações de Saúde” e “Planejamento de Programas e Ações de Saúde.”**

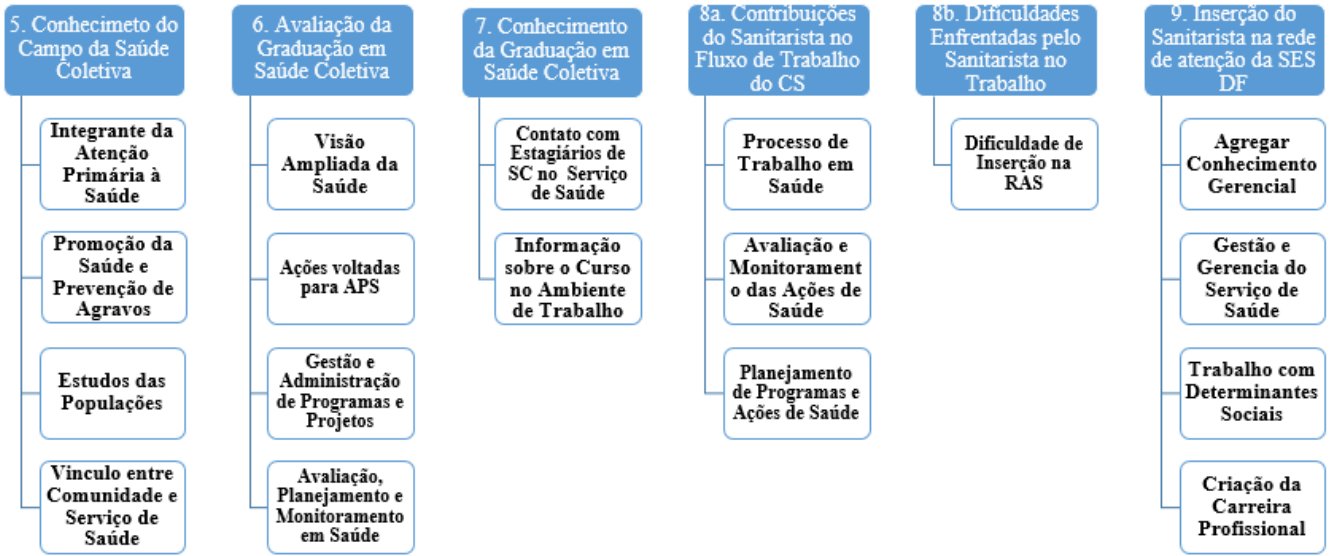
Um problema levantado pelos gerentes, foi a dificuldade de inserção do sanitarista graduado no sistema de saúde. Fato causado, segundo eles, pela não interação entre a academia e o serviço de saúde nos aspectos de reconhecimento e valorização da profissão. Então, para o contexto de dificuldades do sanitarista no fluxo de trabalho, criou-se a categoria **“Dificuldade de Inserção na RAS”**.

Por fim, questionou-se aos gerentes se há espaço de inserção para o sanitarista graduado na rede de atenção à saúde da SES/DF (Questão 10). De acordo com eles, há uma grande possibilidade de trabalho conjunto do sanitarista com os outros profissionais da equipe, agregando o conhecimento gerencial ao conhecimento técnico dos profissionais assistenciais, trazendo um novo panorama para a gestão e gerencia do SUS, cinco dos entrevistados trouxeram essa perspectiva. Outro espaço de inserção citado, foi o trabalho voltado aos determinantes sociais em saúde para subsidio de políticas públicas em saúde. Neste sentido, foi levantada a necessidade da criação da carreira profissional no SUS para o bacharel em Saúde Coletiva, através da articulação das universidades que formam os profissionais com o serviço de saúde. Cinco entrevistados elencaram como área de atuação o trabalho com determinantes sociais, e todos os sete salientaram a questão da criação da carreira profissional. Portanto, foram criadas as categorias **“Agregar Conhecimento Gerencial”, “Gestão e Gerencia do Serviço de Saúde”, “Trabalho com Determinantes Sociais” e “Criação da Carreira Profissional”**.

**Figura 2 - Fluxograma das Entrevistas Realizadas com os Gerentes de Ceilândia e Samambaia.**







## 7. DISCUSSÃO

### 7.1 Semelhanças e Disparidades na Formação de Enfermeiros e Sanitaristas para Gestão e Gerenciamento no SUS.

O desenvolvimento de políticas, programas e projetos de saúde no contexto educacional brasileiro, tem uma longa trajetória, iniciada junto com a emancipação política do país. No contexto da sociedade moderna, a reorientação da formação para a saúde, teve seu início na década de 1960, quando emergiram questionamentos sobre modelo de formação dos profissionais de saúde, que não se adequava às necessidades sociais e estava isolada da realidade do trabalho em saúde. A promulgação da Constituição Federal em 1988 após duas décadas de ditadura militar, contribuiu para o estabelecimento de novas referências políticas e sociais preocupadas com a realidade de saúde e educação (VIEIRA *et al.*, 2016, STELLA; PUCCINI, 2008, SANTOS, 1995).

A partir desse cenário, a mudança de pensamento que instituiu o modelo de atenção à saúde, passando do paradigma hegemônico biomédico para o holístico, ocasionou a reformulação curricular dos cursos da área da saúde, através das Diretrizes Curriculares Nacionais, instituídas pelos Ministérios da Saúde e Educação em 2002 (BEZERRA *et al.*, 2013). Com o advento das DCN, os projetos políticos pedagógicos das graduações em saúde, tornaram-se importantes documentos de análise e uma ferramenta de inovação para a melhoria da qualidade da educação superior pública, a depender da abordagem utilizada pelos gestores, professores e coordenadores envolvidos no processo.

Alguns autores discutem o real significado da inovação que os projetos político-pedagógicos podem trazer para uma formação mais consciente e uma produção mais humana, principalmente quando se refere às profissões de saúde. Para Veiga (2003) as inovações dos PPP's podem ser de cunho regulatório, ou seja, voltado para a burocratização e cumprimento de normas técnicas por parte da instituição educativa, sem levar em consideração a produção coletiva, ou emancipatório, que provoca rupturas epistemológicas de natureza ético-social, proporcionando assim, uma argumentação consciente e participação ativa de todos os atores envolvidos no processo de aprendizagem.

Não foi o objetivo deste estudo analisar se os PPP's de enfermagem e saúde coletiva são regulatórios ou emancipatórios, mas torna-se necessário entender esse contexto, para trazer indagações sobre a relação dos projetos com os sistemas educativo e de saúde. As prioridades

dos projetos-políticos pedagógicos estão de acordo com as necessidades da prática profissional, em especial na atuação gestora e gerencial no contexto da APS?

Nesse sentido, os resultados referentes a abordagem de gestão, gerenciamento de forma ampliada e gerenciamento da APS nos PPP's, demonstram que, algumas universidades dão maior visibilidade aos termos nas disciplinas ofertadas do que outras. As universidades que mais citaram as palavras analisadas nas ementas nos cursos enfermagem foram: UFPR, UFMG, UnB, UEA e UFAC, e que que menos citaram foram: UFBA, UFRGS, UFRJ e UFMT. Algumas universidades nem chegaram a citar uma das palavras em suas ementas, como: USP, UFPE e UFRR. Os cursos de saúde coletiva que mais abordam gestão e gerencia nas ementas são da UEA, UnB, UFPE, UFBA e UFMT, os que menos citam são UFPR e UFRJ. A UFU foi a única universidade que não mencionou nenhum dos dois termos em suas ementas. Há uma particularidade nos PPP's da saúde coletiva, pois universidades como UFRGS, UFRJ, UFAC, USP, UFRR e UFPR, apesar de citarem gestão em muitas disciplinas, não citam gerenciamento em nenhuma.

O total de vezes que as palavras apareceram nos PPP's, também sugere que a graduação em saúde coletiva no geral, tem abordado o contexto da gestão e gerência de maneira mais prevalente que a graduação em enfermagem, visto que a palavra gestão apareceu 224 vezes em todos os PPP's de enfermagem analisados e 1.096 vezes nos de saúde coletiva, assim como a palavra gerenciamento/gerencia citada 354 vezes nos PPP's de saúde coletiva, enquanto que nos de enfermagem, aparece 122 vezes.

As subcategorias **“Gestão de serviços e sistemas de saúde”**, **“Administração de serviços e sistemas de saúde”** e **“Serviços de atenção básica a saúde da família”**, demonstram os contextos em que a gestão e o gerenciamento são abordados nos cursos de enfermagem e saúde coletiva, de acordo com seus respectivos PPP's. São atuações gerenciais comuns as duas profissões, que revelam uma preocupação por parte dos cursos, com o desenvolvimento de conhecimentos relacionados a interprofissionalidade. As políticas de reorientação da formação em saúde voltam a ter um papel central neste cenário, pois trazem estratégias que criam a ambiência necessária para que esses conhecimentos sejam incorporados as graduações de saúde (ABBAD *et al.*, 2016). Neste sentido, uma das estratégias utilizadas pelas DCN para o aprimoramento das ações interprofissionais, foi priorizar pontos comuns, ou “habilidades gerais” nas formações para a saúde, tais como, a tomada de decisões, a comunicação, a administração e gerenciamento, e a educação permanente (BRASIL, 2001).

Mesmo que ainda não seja considerada uma profissão da saúde, as graduações em saúde coletiva no Brasil, seguem o padrão nacional das diretrizes curriculares em seus PPP's. Percebe-se, portanto, que as formações em enfermagem e saúde coletiva têm aspectos semelhantes, este fato pode induzir parcerias ou concorrências na dimensão profissional. De acordo com Aguiar et al., (2003) as inovações em saúde também refletiram em diferenciações para o mercado de trabalho em saúde, “criando novas profissões e descredenciando outras” (AGUIAR et al., 2005 p. 1). Há uma lógica, de que a formação e atuação profissional pode acarretar também uma diferenciação dos saberes, produzindo um ambiente propício à competição por espaços políticos, econômicos e sociais entre os trabalhadores da saúde, o que caracteriza uma barreira para ações colaborativas. Porém, partindo do pressuposto que graduação em saúde coletiva tem como prerrogativa, somar e compartilhar saberes e práticas em saúde pública, entende-se que é possível produzir oportunidades de vivência colaborativa no trabalho em equipe envolvendo enfermeiros e sanitaristas. (ABBAD *et al.*, 2016; BOSSI; PAIM,2009)

A partir deste contexto, pode-se dizer, que apesar das ações interprofissionais agregaram um valor muito positivo trabalho no serviço de saúde, as atividades específicas de cada profissão se sobressaem em seus projetos políticos-pedagógicos. Este fato se evidencia, quando ao analisar os PPP's da enfermagem e da saúde coletiva separadamente, os resultados demonstram diferenças significativas quanto ao sentido que a gestão e a gerencia são trabalhadas nos cursos.

Nos PPP's de enfermagem, as subcategorias **“Gestão de serviços e do trabalho em enfermagem”** **“Gerenciamento do trabalho em enfermagem”** e **“Formação para APS e parceria ensino-serviço”**, trazem um panorama da abordagem gerencial trabalhada pela formação. Este panorama, pode ser considerado como ações focadas no enfermeiro e na equipe de enfermagem, de modo que os processos gerenciais são ferramentas para garantir a assistência. Neste modelo de formação, os enfermeiros entendem que o administrar é inerente ao cuidado, ou seja, ao desenvolver ações de planejamento, avaliação e coordenação também estão cuidando (VIGHETTI *et al.*, 2004).

É relevante destacar também, que os PPP's deixam claro a importância da garantia de espaços de ensino-aprendizagem, que propiciem aos futuros enfermeiros contato com o processo de tomada de decisão e de gerenciamento em enfermagem na APS. Neste sentido Abbad *et al* (2016), defendem que é preciso agregar possibilidades que estabeleçam parcerias entre unidades acadêmicas e serviços de saúde, para integração de práticas e recursos

formativos fundamentais tanto para a qualificação dos profissionais que atuam no setor e produzem conhecimento na área, quanto para o fomentar a revisão de situações de saúde.

No que se refere aos cursos de graduação em saúde coletiva, as subcategorias “**Gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde**”, “**Gerenciamento de Sistemas e Serviços de Saúde**” e “**Atenção a Saúde e Informação nos Serviços**” corroboram o fato que gestão e a gerencia não estão focadas apenas no processo de trabalho, mas tem um papel central na formação do futuro profissional sanitário. Tais categorias demonstram os conceitos-chaves que evidenciam um perfil generalista, que dá ênfase a proposta de promoção da saúde. O processo de reorientação do modelo de atenção à saúde é fortalecido através da atuação deste profissional no contexto da descentralização, da participação social e da atenção em saúde, como atores e agentes de mudanças positivas na organização e funcionamento dos sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

O SUS enquanto um sistema comprometido com questões sociopolíticas, econômicas e culturais, compõe um cenário que indaga não só a necessidade de (re)pensar modelos e práticas assistenciais, mas a organização e dinamicidade do processo de trabalho administrativo. Neste sentido a gestão e o gerenciamento dos serviços de saúde podem ser entendidos como um instrumento para a efetivação das políticas de saúde, podendo fortalecer a manutenção ou transformação de um determinado contexto (AZEVEDO, 2000; MELO e NASCIMENTO, 2003). Configura-se, portanto, um desafio não só para enfermeiros e sanitários, mas para todos os profissionais inseridos no trabalho multidisciplinar, pois a gerencia tem se mostrado estratégica para transformar as práticas de saúde, “pela sua posição intermediária entre as estruturas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços” (MELO e NASCIMENTO, 2003 p. 675).

Sabe-se, que o ensino superior no Brasil passou por significativas transformações para atender as demandas atuais da sociedade. No âmbito da formação para saúde, tais transformações foram relevantes, principalmente após a consolidação do SUS, refletindo não só na mudança do paradigma dos modelos de atenção à saúde e das novas demandas gerenciais, mas também, chamando atenção para a necessidade de atualizar e aperfeiçoar instrumentos de ensino-aprendizagem, que podem “preencher lacunas existentes no ensino na saúde” (ABBAD *et al.*, 2016 p.31).

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais voltam a ganhar protagonismo, pois, de acordo com Vale e Guedes (2004 p. 475), elas permitiram que cada área fizesse uma revisão do processo de formação de seus profissionais, “porque além de ser uma regulamentação legal

no âmbito de reforma educacional é o centro de interesse das instituições de ensino superior e das instituições de saúde (campos de prática dos futuros profissionais)”. As DCN baseiam-se no desenvolvimento de habilidades e competências gerais, que buscam preparar o profissional para: atenção à saúde, tomada de decisões; comunicação; liderança; gerenciamento e educação permanente, esses conhecimentos orientam PPP’s dos cursos para consolidação das melhorias na formação de profissionais de saúde (VALE; GUEDES, 2004).

A partir desta conjuntura de mudanças e melhorias no ensino na saúde, a análise das habilidades e competências comuns aos cursos de enfermagem e saúde coletiva, reforçam a ideia trazida nos contextos da gestão e gerencia. A subcategoria “**Trabalho em equipe no serviço de saúde**”, retoma a importância da incorporação de conhecimentos e práticas do trabalho colaborativo, além das habilidades e competências específicas, incorporando assim a natureza complexa da interprofissionalidade no cotidiano do serviço (ABBAD,2016).

Competências e habilidades são termos interligados. Vale e Guedes (2004, p. 477) definem competência como “capacidade de conhecer e agir sobre determinadas situações”, o que envolve habilidades para o desenvolvimento de ações e atividades ligadas ao planejamento, implementação e avaliação. O conceito de habilidade por sua vez, está relacionado com a forma de execução das tarefas, na aplicação de conhecimentos, no agir e no pensar. Neste sentido, as habilidades favorecem a aplicação das competências e de aptidão no ambiente de trabalho (LAZZAROTTI, 2001).

As competências e habilidades necessárias para a gestão do serviço de saúde e principalmente da APS, explicadas pelas subcategorias “**Ações e recursos para o trabalho em saúde**” e “**Processo de atenção à saúde nos serviços**”, tem como primícias, a integração de equipes multiprofissionais que participem do processo decisório no trabalho, de modo que o planejamento, avaliação e a mobilização dos recursos não sejam centralizados em uma categoria profissional, mas sim, compartilhados através da co-gestão. Desta maneira, a assistência na atenção primária, poderá ter seus processos de promoção, prevenção e cura melhor desempenhados.

Estudos apontam que as perspectivas inter e transdisciplinar, estimulam o desenvolvimento de experiências de educação que provocam uma reflexão acerca da produção do conhecimento voltados para o cotidiano do trabalho em saúde e para as competências fundamentais para as práticas coletivas. Tais estudos, demonstraram que a educação interprofissional, está atrelada ao surgimento de comportamentos mais colaborativos entre equipes nos diferentes cenários do sistema de saúde, inclusive a APS, o que proporciona a melhoria da gestão do cuidado (ABBAD at al., 2016 apud DARLOW et al, 2015; Reeves *et al.*,

2013). Logo, entende-se que a plena implementação desses saberes e práticas nas instituições de ensino e saúde, configura-se em algo essencial e desafiador, pois pode encontrar barreiras.

Percebe-se que é uma preocupação nos dos PPP's de enfermagem, o desenvolvimento de competências para o enfrentamento dos desafios do trabalho em equipe, através da integração coletiva multidisciplinar. Porém, autores como Vaghetti *et al.*, (2004) constataram que o exercício de ações administrativas, desenvolvem um papel decisivo no trabalho do enfermeiro, mas ao mesmo tempo que o fazem coletivamente, essas ações estão fracionadas pela divisão do trabalho e pelo processo de cuidar em enfermagem, que demandam saberes gerenciais bem consolidados, principalmente, quando envolvem a assistência das situações de saúde diferenciadas que estão presentes na realidade da APS. É o que as subcategorias **“Processo de Trabalho em Equipe de Saúde”**, **“Ações da Equipe de Trabalho no Cuidado em Enfermagem”** e **“Atenção às Ações e Serviços de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde”** reforçam.

Já nos cursos de graduação em saúde coletiva, para além de habilidades e competências gerais, os conhecimentos específicos da profissão para a gestão e gerencia, são expressos pelas subcategorias **“Planejamento de Ações para Gestão de Serviços de Saúde”**, **“Informação e Avaliação das Ações nos Sistemas e Serviços de Saúde”** e estão voltados para a garantia da formação generalista preconizada nos contextos de envolvem os aspectos gerenciais do curso, como mencionado anteriormente. O planejamento das ações de saúde para a tomada de decisão, ganha protagonismo, assim como a avaliação dessas ações e das políticas de saúde intrínsecas ao serviço. Neste sentido, Mota e Santos (2013) chamam atenção para a ideia de que o sanitarista graduado tem capacidade de reinstaurar o papel e a ação dos serviços de saúde, ao tirar o foco da doença e reorienta-lo para a saúde, colaborando para eficiência da prevenção de agravos e promoção da saúde em todos nos níveis de atenção.

A diferença crucial entre os cursos de saúde coletiva e enfermagem, que desmistifica a questão da saúde coletiva ser apenas mais um dos campos de atuação de profissões da saúde em geral, é o fato das habilidades e competências desenvolvidas na graduação em saúde coletiva serem de cunho técnico-científico, voltado para análise e monitoramento da situação de saúde, avaliação de sistemas e serviços, promoção da saúde e prevenção de agravos, gerenciamento e processos de trabalho coletivo em saúde, abrangendo uma dimensão macro do sistema de saúde e não o cuidado assistencial direto (TEXEIRA, 2003). Pode-se inferir que de acordo com os PPP's, por mais que a enfermagem aborde esses contextos durante o curso, isso se dá em momentos específicos da formação. As ações gerenciais do enfermeiro consistem em diagnóstico, planejamento, delegação de atividades e supervisão de equipe, execução e

avaliação da assistência, voltando-se, portanto, para o gerenciamento do cuidado (GRECO, 2004).

Como toda pesquisa de análise documental, é preciso assumir que os estudos dos PPP's têm limitações, pois não necessariamente, o documento traz o que realmente é abordado nas atividades de ensino. Portanto é importante refletir sobre até que ponto o amadurecimento e a evolução histórica das graduações se refletem no projeto ao longo dos anos, pois, o projeto político-pedagógico é uma ferramenta que norteia e direciona as atividades, competências e habilidades, que devem ser desenvolvidas pelos discentes durante a formação, mas não deve se constituir como um documento programático que institui as regras máximas das condutas docentes (VEIGA, 2000). Portanto, os atores envolvidos na formação dos futuros profissionais têm liberdade para trabalharem o que acreditam ser de maior relevância e há a possibilidade desses aspectos não constarem no PPP.

Também é importante ressaltar que a análise realizada pelo presente estudo baseou-se nas citações das palavras gestão e gerência nos PPPs, entretanto, habilidades e competências relacionadas à esses contextos podem ser trabalhados pelos cursos diluídos em disciplinas correlatas, sem a citação direta das palavras em estudo. Destaca-se, então, que as universidades podem ou não estar trabalhando mais os aspectos gerenciais do que consta nos PPP's analisados, sendo esta uma segunda limitação inferencial para a presente análise.

## **7.2 Percepções dos gerentes enfermeiros da APS sobre a Inserção do Sanitarista na RAS.**

A criação do curso de graduação em saúde coletiva é recente e foi uma demanda do sistema de saúde. As primeiras turmas foram formadas em 2008 na Universidade Federal do Acre e na Universidade de Brasília, após a implementação do Reuni. Anterior a isto, a formação para atuação em saúde coletiva ocorria sob duas modalidades: por meio de disciplinas inseridas nos currículos de diversos cursos da área de saúde e no âmbito da pós-graduação *latu senso* e *strictu senso*. Tais metodologias, implicam em um longo processo formativo de alto custo institucional e com baixo impacto numérico em termos de egressos (BEZERRA, 2003; Teixeira, 2003; Bosi, 2010). Visto isso, torna-se importante analisar se os enfermeiros, que estão no mercado de trabalho a mais tempo que sanitaristas formados na graduação, conhecem ou tem alguma relação com o campo do conhecimento da saúde coletiva e com o curso de graduação.



Nas duas regionais estudadas, todos os gerentes relataram conhecer o campo da saúde coletiva, a maioria deles conheceram através da pós-graduação nas áreas de saúde coletiva, saúde pública ou atenção básica. Segundo Vale e Guedes (2004), os conteúdos de administração e gerenciamento são abordados em apenas 15% da carga horária dos cursos de enfermagem, e estão voltadas para ações focadas no trabalho em enfermagem. Outro fato relevante, é que os enfermeiros que não fizeram pós-graduação em saúde coletiva ou áreas afins, conheceram o campo ou através das matérias relacionadas a saúde coletiva cursadas na graduação em enfermagem ou de ações do campo desenvolvidas no trabalho. A terceira possibilidade de conhecimento, e a mais frequente após a pós-graduação, foi através da parceria ensino-serviço, que insere o estudante de graduação em saúde coletiva no serviço de saúde para realizar o estágio supervisionado.

O mesmo aconteceu quando os gerentes foram questionados se conheciam a graduação em saúde coletiva. Percebe-se que há uma diferença importante nas regionais de Ceilândia e Samambaia, refletida pela atuação dos estudantes no estágio. A grande maioria dos gerentes de Ceilândia conheceram o curso de saúde coletiva após a chegada dos estudantes no serviço, já em Samambaia, região que não conta com os mesmos estagiários, os entrevistados não conheciam e não tiveram contato com estudante ou profissional vinculado a graduação, com exceção de uma gerente, que relatou saber da existência do curso, mas não conhecer a lógica da formação. Este fato comprova a hipótese de que a inserção do graduando em saúde coletiva no serviço de saúde por meio do estágio, é uma ferramenta de visualização e reconhecimento da profissão por parte das instituições de saúde. Logo, o distanciamento que os profissionais que não recebem estagiários têm do campo e do curso de saúde coletiva, pode ser considerado uma fragilidade da formação em saúde coletiva na graduação.

Macedo (2006), salienta que a inserção do estudante na atenção primária, visa a buscar soluções para os problemas locais de saúde e favorece a interlocução com diferentes campos profissionais, populações locais e outros agentes sociais, propiciando novas relações dos estudantes com os serviços permitindo construir práticas pedagógicas e de cuidado conjuntas, entre cursos de diferentes profissões. A partir deste contexto, torna-se relevante pensar em estratégias inovadoras para uma maior divulgação do curso em espaços que não têm esse perfil de profissional em sua equipe, e para promover a ampliação dos campos de estágio, onde os graduandos em saúde coletiva possam aprender e agregar em novas equipes de trabalho, na lógica da APS e nos outros pontos de atenção que envolvem as organizações de saúde pública.

Nesse contexto, vale ressaltar que as organizações de saúde são consideradas complexas, por conta do tipo de serviço que produzem, contando com interação tecnológica e da diversidade profissional. Na realidade atenção primária a saúde isso também se confirma, pois, de acordo com a Portaria 4.279 e reforçado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ela deve ser a coordenadora da rede de atenção à saúde, ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde o que demonstra a complexidade do serviço prestado, apesar da maior utilização de tecnologias leves e leve-duras no cotidiano do trabalho. As atividades desenvolvidas estão embasadas em um sistema de valores e princípios que orientam as ações dos profissionais e equipes de trabalho a atingir objetivos comuns, que visam a garantia de qualidade e resolutividade nos serviços oferecidos a população (BRASIL, 2011; LAZAROTTO, 2001).

Pode-se inferir baseado no contexto explanado, que para a APS desempenhar sua função, o papel exercido pela gerência da unidade básica de saúde é de suma importância, pois reflete na eficácia da prestação dos serviços à comunidade, visto que a produção do cuidado em saúde tem características próprias. É requerido do profissional que ocupa a função gerencial na APS conhecimentos e habilidades específicas. (MISHIMA et al, 1997; JUNQUEIRA; INJOZA, 1992).

Os profissionais enfermeiros, historicamente são os que mais ocupam os cargos gerenciais na APS, mesmo que sua formação não seja específica e exclusivamente para isso, como trazido pelo referencial teórico. Surgiu então, a necessidade de questionar aos enfermeiros gerentes que participaram do estudo, sobre quais são os conhecimentos e habilidades essenciais para gerir a atenção primária. Percebe-se de acordo com o fluxograma (Figura 2- 1a), que na concepção dos gerentes, é preciso deter um conhecimento vasto sobre as particularidades da atenção primária, tais como sua legislação (PNAB), a lógica do cuidado desenvolvida a partir da proximidade com a comunidade e os programas e projetos específicos da APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Também foi mencionada, a relevância de conhecer processos de administração dos serviços de saúde, que pode ser entendido como os conhecimentos relacionados ao processo gerencial.

As habilidades (Figura 2 – 1b) a serem desenvolvidas, segundo os gerentes, devem permitir a aplicação dos conhecimentos adquiridos na graduação no cotidiano do trabalho em saúde. É preciso, ter habilidade interpessoal para mediação de conflitos e gerenciamento de pessoal, estar habilitado dentro dos protocolos da atenção primária, para garantir a realização

das atividades que envolvem programas da APS e subsidiar o gerenciamento da atenção à saúde e do serviço de saúde.

Pode-se inferir, a partir dos conhecimentos e habilidades que os gerentes consideraram importantes para prepara-los para as particularidades do trabalho na APS, que há uma carência nas escolas de saúde em geral inclusive nas de enfermagem e saúde coletiva, no âmbito da graduação, de abordarem mais profundamente as demandas gerenciais inerentes a atenção primária. A análise dos PPP's comprovou que em ambos os cursos analisados, 73% das disciplinas ministradas não abordam questões gerenciais específicas da atenção primária. Tal carência, se reflete no trabalho quando os profissionais formados com enfoque processo assistencial, assumem cargos gerenciais no âmbito da APS. Nesse sentido, retoma-se o fato de que a maioria dos gerentes já tinham pós-graduação em saúde coletiva/pública ou atenção básica. Apesar dos cursos de graduação em saúde coletiva abordarem pouco gerenciamento de APS, um dos focos da formação é voltado ao cenário da gestão. Algumas falas na entrevista, enfatizaram ideia de enfermeiros necessitarem agregar conhecimentos de saúde coletiva. Os nomes dos entrevistados foram preservados e representados por suas iniciais:

*“[...] Ela tem que estar habilitada em uma graduação, curso de especialização ou uma pós para trabalhar, porque é complexo, não é fácil, não é tão simples, porque aqui é diferente, você tem que estar sempre com a PNAB ali para você estar trabalhando encima. ”*

*(C.A – Samambaia).*

Percebe-se também que, ao mesmo tempo em que os gerentes admitem que é preciso ter habilidade de inovar para conseguir gerenciar bem as relações interpessoais entre servidor e gerencia e entre servidor usuário, ainda estão presos a conceitos da administração burocrática, demonstrando uma necessidade de controle e de observação do desenrolar das ações de maneira que ocorram de acordo com “regras estabelecidas e ordens dadas”, (VAGHETTI *et al.*, 2004 p. 318). É o que demonstram as falas a seguir:

*“[...] Eu acho que ele tem que ter na sua grade curricular alguma coisa relacionada a administração de serviços de saúde, administração hospitalar, que é pra ter uma noção de gerenciamento do serviço de saúde, como que funciona o quadro de hierarquia. Por isso você tem que ter um conhecimento básico dos processos administrativos mesmo, das teorias administrativas.” (R. - Samambaia)*

*“A principal habilidade de hoje é da relação interpessoal, a principal habilidade mesmo é a relação interpessoal, tanto na relação com a equipe quanto com o usuário. [...] ter conhecimento dos direitos e deveres tanto do servidor quanto usuários, porque tem esse conflito de interesses entre o usuário e o servidor, muitas vezes servidor acha que usuário não*

*tem aquele direito e acha que o direito é do servidor. Então a gente tem que ter essa habilidade bem trabalhada mesmo, tem que conhecer bem de perto para mediar conflitos.” (R.S - Ceilândia)*

Estudos como o de Nogueira (1993, *apud* Lazarotto, 2001), verificam uma necessidade de os enfermeiros gerentes abandonarem conceitos ultrapassadas da administração em seu processo gerencial, que são característicos dos estudos na graduação de das teorias científica clássica e burocrática, pois estes preceitos, apesar de auxiliarem na divisão do trabalho em enfermagem, porem refletir como dificuldade para o gerente interagir com a equipe, delegar funções e repassar informações. Neste sentido, a importância das ações colaborativas preconizadas pelos PPP's, a partir da reorientação da formação para saúde, se refletem no cotidiano do trabalho. A gênese da reconstrução de conhecimentos e habilidades para “aprender e ensinar a fazer e gerenciar saúde, advém das mudanças paradigmáticas que ocorrem no campo da saúde, o que implica na adoção de uma nova visão de mundo, que rompe os limites da visão idealista e avança para a realista” (CIAMPONE; KURCGANT; 2004 p. 401). Portanto, a partir da visão realista de Ciampone, se faz necessário recompor as ações de saúde em sua totalidade, para (re)significar processos de trabalho coletivo, que rompem com fragmentação do cuidado em saúde e melhoram relações interpessoais no trabalho.

A partir do contexto de conhecimentos e habilidades colocado pelos gerentes, ao questiona-los sobre quais profissões de saúde tem formado egressos com o perfil gerencial desejado (Figura 2 – 2.), as diferenças entre as regionais voltam a se colocar. Nenhum entrevistado em Samambaia relatou reconhecer a graduação em saúde coletiva como formadora de profissionais com perfil gerencial, entende-se que tal resposta se dá por conta do desconhecimento da existência da profissão sem o intermédio da pós-graduação. Para as gerentes, a atribuição gerencial é trabalhada na formação em enfermagem, mas também dependem do perfil profissional do egresso trabalhador da saúde, que ao se identificar com área gerencial, irá seguir carreira, e procurar se aprofundar. Logo, a formação de perfil para a gerencia segundo elas, não depende exclusivamente da abordagem do curso de graduação.

Falando nesse sentido também apareceram nas entrevistas realizadas em Ceilândia, porém foram minoria, os gerentes nesta regional, conseguem visualizar a enfermagem e a saúde coletiva como formadoras de profissionais gerencias. Como a maior parte dos entrevistados recebem estagiários de saúde coletiva no seu espaço atuação, relataram que a graduação em saúde coletiva tem um diferencial nesse sentido:

*“Olha, assim, a gente da enfermagem a gente tem um perfil generalista e dependendo da faculdade que você vem com uma visão muito mais hospitalocentrica, principalmente na*

*atenção básica, que foi especificamente o meu caso, eu sempre tive uma experiência de UTI, trabalhei em hospital, quando eu vim pra atenção básica eu vim só com o conhecimento teórico, então assim, a gente não tem esse tipo de formação, mas nesse tempo que eu tô aqui na Ceilândia, tem três anos e em contato com muito gestão, o profissional que eu identifico hoje, tenho que voltar pra vocês que o da saúde coletiva, eu acompanhei vocês no PET, eu tinha dois alunos de saúde coletiva e a gente também tinha estagiário que passava pela unidade também, então a gente enxerga na verdade como um profissional com muita visão de gestão e conhecimento da área de saúde coletiva.. saúde pública em si, além do enfermeiro. (E.M-Ceilândia)”*

Outra pesquisa que tinha como objeto de estudo o perfil dos gerentes enfermeiros na atenção primária, realizada por Carvalho et al., (2013) demonstrou que o curso de pós-graduação mais procurado por eles é a especialização em saúde coletiva ou saúde da família, o que pode comprovar o fato dos enfermeiros sentirem necessidade de aprofundar os conhecimentos específicos que contribuem para a gerencia. Neste sentido, entende-se de acordo com as falas dos gerentes, que mesmo que em Samambaia, a saúde coletiva enquanto graduação não foi mencionada como uma profissão que agrega a gerencia, no âmbito da pós-graduação os gerentes tendem a buscar os conhecimentos que o campo proporciona para o enfrentamento dos desafios da gerencia.

Essas integrações entre profissões distintas podem ser importantes ferramentas de produção transdisciplinar para lidar com os prováveis conflitos existentes no trabalho. Quando questionados sobre as dificuldades enfrentadas por um gerente da APS (Figura 2 - 3a), os enfermeiros trazem à tona questões determinantes para o bom funcionamento da unidade e que interferem diretamente na produção do cuidado. São problemas relacionados a falta de recursos físicos, materiais, humanos, (voltados a dificuldade na relação interpessoal) e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Para Ayres (2005) a prática do cuidado deve pautar-se no princípio da integralidade e no usuário como protagonista, o que pressupõe a presença ativa do outro e da interação subjetiva do cuidado, que é dinâmica e exige a ampliação dos horizontes que orientam tanto as tecnológicas como os agentes das práticas.

Na realidade do serviço, configura-se como um grande desafio para equipes de trabalho em saúde e para a gerencia do serviço em questão, priorizar as práticas citadas em meio a condições de trabalho precárias, e a problemas com afastamento de servidores. Como demonstram as falas:

*“Os maiores problemas estão relacionados às habilidades né? mas o maior problema é inter-relacionamento [...], a interação da equipe era algo bem complexo” (R.S – Ceilândia).*

*“Então, falta muita coisa, muito afastamento de servidor, igual agora eu estou com duas pediatras afastadas e o centro de saúde está sem pediatra, então essa questão dos afastamentos e da falta de não vir ninguém pra completar o quadro é um grande desafio, e depois vem a questão dos insumos, os materiais que a gente precisa pra trabalhar.” (F.L- Ceilândia)*

Absenteísmo é o termo dado para conceituar a ausência do empregado no ambiente de trabalho. O problema é decorrente de um conjunto de fatores causais, tais como, fatores de trabalho, sócias, culturais, de personalidade e também de doenças, que inclusive podem estrar relacionadas ao trabalho (COUTO, 1987). Nas equipes de saúde e de enfermagem que atuam na APS, o absenteísmo é um fator preocupante, pois desorganiza do serviço, gera insatisfação e sobrecarrega os trabalhadores presentes, o que reflete significativamente na qualidade da assistência prestada ao paciente, de acordo com Silva e Marziale (2000). O fato evidenciado pelos autores, se confirma através da fala dos gerentes explanada anteriormente, no que diz respeito ao desafio gerencial que se coloca para os enfermeiros em cargos de chefia, a partir da escassez de recursos humanos, pois, os mesmos, são responsáveis pela resolução de todos os problemas administrativos que envolvem o ambiente de trabalho.

O mesmo acontece quando a questão são as condições de trabalho pois, os recursos físicos e matérias são essenciais para a manutenção do cuidado, e muitas vezes não são garantidos na APS. Para Cecílio *et al* (2012) apesar da APS ser constituída na lógica de garantia de acesso, na prática ainda não consegue reunir as condições físicas, materiais e simbólicas indispensáveis para funcionar de fato como um centro de comunicação entre os vários pontos de atenção que compõem a rede de cuidado.

A ESF, tem o objetivo de expandir os serviços de atenção primária, atuando nas ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade (CAMPOS, 2014). A estratégia é vista pelos gerentes como uma ferramenta inovadora, porém, com problemas de consolidação. Acredita-se que esta opinião se justifique pela dificuldade que a chefia enfrenta para gerir equipes de trabalho com distintos perfis profissionais. Apesar dos inúmeros avanços obtidos no processo de ampliação da APS, estudos constatam que existem problemas que impedem a superação da intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, e a qualificação da gestão do cuidado (CAMPOS, 2014; CAMPOS *et al.*, 1997).

O cenário explicado, está intimamente ligado com as dificuldades postas ao gerenciamento dos recursos físicos e materiais. A existência de tais recursos, embora fundamental para a organização realizar a sua tarefa, não garante a eficácia dos serviços, pois os recursos humanos nesse cenário, constituem o principal determinante. Acredita-se, que as dificuldades colocadas estão atreladas a prática profissional realizada, que, apesar da

reorientação da lógica de cuidado, ainda prioriza as ações curativas e condições agudas centradas na atuação médica a partir da demanda e não das reais necessidades de saúde dos usuários. Travessos e Martins (2004) afirmam que essa lógica pode trazer um impacto negativo as pessoas que utilizam o serviço, por não estar atrelada à qualidade do cuidado, pois para além do acesso ao serviço, a execução direta do atendimento deve ir além da técnica, levando em conta a singularidade dos sujeitos.

Outro ponto a ser considerado, relaciona-se com o modelo de aprendizagem oferecido aos trabalhadores da saúde, onde os currículos formadores priorizam a aquisição de competências a partir de disciplinas específicas, o que pode produzir estereótipos profissionais (ABBAD *et al.*, 2016; COELHO; JORGE, 2009; JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992). Pode-se relacionar esse fato com o perfil da formação oferecida aos enfermeiros, viu-se que seus PPP's estão mais focados no gerenciamento e na gestão das ações específicas do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, entender o trabalho em saúde como um processo transdisciplinar, pode ser colocado como uma estratégia gerencial eficaz, na mediação dos problemas que não necessariamente são causados pela equipe de saúde e/ou pela gerencia e que refletem no serviço prestado, como por exemplo, a escassez de recursos materiais e físicos oriundos das lacunas assistenciais, tais como financiamento público insuficiente, distribuição de serviço inadequada e condições precárias de trabalho (GIOVANELLA, 2008; CAMPOS, 2014). Para Abbad *et al.*, (2016, p 30) “o trabalho em equipe nesse sentido passa a responder por uma maior e melhor percepção da demanda, das necessidades e das relações entre o sistema de saúde e o modo de viver das populações. ”

É nessa lógica, que os maiores êxitos alcançados na APS (figura 2 – 3b) na perspectiva dos gerentes, estão relacionados a satisfação do usuário e com a garantia da qualidade da assistência, apesar dos problemas enfrentados.

*“Eu acredito que os êxitos estejam relacionados ao bom andamento dos programas, a uma assistência realmente de qualidade, embora ela seja, muitas vezes descontínua, aquilo que a gente consegue oferecer a gente oferece com qualidade” (F.L – Ceilândia)*

*“O maior êxito, é o de poder estar trabalhando para comunidade [...] você faz mais é pelo fato de ter perfil, de gostar do que faz, estar atingindo a melhor forma dentro das possibilidades, atingir mais pessoas, conseguir melhorar a saúde, mesmo que seja um pouquinho a cada dia, mas você poder fazer um diferencial no seu trabalho, naquilo que você se propôs a fazer lá na universidade, isso é o mais gratificante (R. – Samambaia)”*.

As falas demonstram a preocupação dos gerentes em garantir a qualidade do atendimento prestado, e o vínculo com o usuário atendido, já que o acesso universal é visto

como desafio pelos vários fatores já discutidos. Quando o usuário consegue atendimento, tal feito tem que ser realizado da melhor maneira possível, segundo os entrevistados. Percebe-se que o processo de cuidar a partir desta visão, toma uma dimensão maior, pautada em justiça social e escuta qualificada e não apenas no protocolo clínico. A criação de vínculos com a população e a participação das equipes de saúde no cotidiano da população é uma diretriz da APS e da ESF (BRASIL, 2007).

A partir do contexto exposto, é importante refletir sobre até que ponto o vínculo comunidade-serviço e a qualidade do cuidado são garantidos, tendo em vista os problemas de acesso que rompem com os princípios da equidade e universalidade. A garantia de acesso vai muito além da entrada do usuário nos serviços de saúde, mas perpassa os resultados dos cuidados recebidos e da resolutividade oferecida. Em seus estudos sobre os desafios da APS, Starfield (2002) salienta as diferenças entre acesso e acessibilidade. Para ela, acessibilidade seria a chegada do usuário ao serviço de saúde, e o acesso por sua vez, permitiria ao usuário, usufruir dos benefícios dos serviços de saúde, que atenderia as necessidades de saúde das pessoas envolvidas. Entende-se que o êxito visto pelos gerentes entrevistados, se relaciona com a acessibilidade garantida através da qualidade do serviço prestado e vínculo firmado com aqueles que conseguem acesso. Por outro lado, quando a demanda se torna maior que a oferta, a APS encontra barreiras para garantir cuidado contínuo e conseqüentemente a coordenação da RAS.

Para contribuir com o processo humanizado do trabalho da APS, mesmo com os desafios inerentes, visando o fortalecimento de ações em saúde focadas no sujeito e na saúde, procura-se entender a multicausalidade dos problemas expostos. Entende-se que esses problemas estão relacionados com aspectos políticos, econômico-sociais e de ordem simbólica. Nesse sentido, a dimensão dos aspectos sociais no adoecimento das pessoas e a importância dos mesmo no acolhimento foram colocados pelos entrevistados como ponto crucial para a garantia do cuidado, principalmente quando se diz respeito a duas regiões de vulnerabilidade socioeconômica como as analisadas (Figura 2 – 4).

*“O aspecto social interfere diretamente na questão da saúde, a gente tem que ter essa visão diferenciada é na hora do acolhimento, por que eu tenho que entender a dificuldade que o usuário teve pra chegar na unidade, a dificuldade que ele tem ainda de conhecimento, da informação que chega até ele, pra poder fazer uma abordagem da maneira que ele precisa receber” (E.M – Ceilândia)*

*“Como a gente faz um acolhimento de escuta qualificada na atenção básica, então muitas vezes a queixa do paciente está relacionada dentro do social, não tem como desvincular uma coisa*



*da outra, e a gente enquanto responsável sanitário por esse território, a gente tem que estar atento a essas questões, então, se é uma área de muita pobreza, se não é uma área de tanta pobreza assim, o nível educacional dos pacientes (...)*” (F.L – Ceilândia).

A saúde como campo do saber se fundamenta em lidar com fenômenos sociais resultantes da interação de múltiplos fatores. Os sujeitos envolvidos buscam interferir na realidade em que vivem e as equipes de saúde devem reconhecer a interdependência dos sujeitos com suas condições socioeconômicas. Nesse sentido, deve-se considerar determinantes sociais no processo saúde-doença, utilizando de aparatos de escuta e diálogo que possibilitem a inserção do usuário no espaço assistencial, ou seja, proporcionar a ele autonomia e participação ativa no processo de cuidado. Este é um avanço imprescindível para mudar a compreensão fundamentada na natureza uni-causal e biomédica das questões de saúde e entendê-las de maneira mais horizontal, considerando as variáveis sociais, biológicas psicológicas e ambientais que condicionam as formas de adoecer ou manter-se saudável (ABBAD *et al.*, 2016; BARBOSA *et al.*, 2013).

No contexto explanado, de mudança de paradigma da saúde pública, que resgata valores da saúde coletiva e está atrelado aos desafios inerentes ao gerenciamento da APS, ao questionar os gerentes sobre como definem o campo da saúde coletiva (Figura 2 – 5) e sobre o contato com a graduação (Figura 2 – 7), percebeu-se que a concepção dos enfermeiros sobre o campo limita-se as experiências que tiveram, seja com a inserção do estagiário de saúde coletiva, ou com os conteúdos estudados na graduação ou na pós. Há também gerentes em Ceilândia que tiveram contato com a graduação em saúde coletiva através de iniciativas voltadas a reorientação do ensino na saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-SAÚDE). Logo, fica evidente que na regional de Ceilândia os gerentes tinham mais clareza do que era o campo da saúde coletiva do que os gerentes de Samambaia.

*A atenção coletiva é a base de tudo, na atenção primária, na atenção coletiva é que você vai evitar que o paciente chegue na terciária. Aqui é onde você capta tudo, aqui é onde você tem mais contato com o paciente, aqui é onde você promove a prevenção [...] (C.A – Samambaia)*

*[...] Campo do conhecimento que favorece promoção da saúde e prevenção de agravos.*

*(L. – Ceilândia)*

*“Eu conheço porque eu fiz recentemente a pós em Saúde Coletiva, definir eu acho difícil, uma definição assim específica a gente nunca conseguiu chegar, mas eu acredito que seja isso, é essa visão sobre a saúde pública com um todo relacionada aos determinantes sociais que a ação do nosso território. Então é você ter observação, ter o controle da saúde daquela pessoa, mas não pensando só na parte física, tudo que envolve e que influencia nessas questões de saúde dela.” (F.L – Ceilândia).*

A partir do cenário evidenciado, entende-se que é preciso criar alternativas para uma melhor consolidação tanto da graduação em saúde coletiva, quanto do campo científico na realidade do trabalho em saúde. O bacharelado em saúde coletiva se consolida como profissão a partir da articulação do campo científico com o campo de práticas que está em consonância com o movimento da reforma sanitária, e com as reais necessidades de trabalho no SUS (MOTA; SANTOS, 2013). Concorde-se, ainda, com Mota e Santos (2013), no que concerne ao caráter crítico e propositivo da formação para saúde coletiva, desde a graduação para a profissionalização do campo, através da formação que perpassa ciência e política, análise crítica e proposição de melhorias. Mas, apesar do campo da saúde coletiva ser sólido em sua teoria, está a passos de aprendizado pelos atores envolvidos no serviço e também pelas próprias instituições de saúde.

O caráter de reorientação do modelo de atenção à saúde, construído pela formação em saúde coletiva e pela atuação profissional do sanitarista é demonstrado pelas categorias que emergiram neste trabalho (Figura 2 -5). O reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde-doença para orientar as ações de promoção, prevenção, tratamento e diagnóstico em saúde, é vista como uma característica e colocada como potencialidade do campo da saúde coletiva pelos enfermeiros logo, também emergiu como características do profissional formado na área. Tal questão pode ser considerada verdade, porém é preciso deixar claro que as habilidades do sanitarista graduado não se limitam ao contexto da APS, mas estão atreladas a todas as demandas do SUS, abrangendo as políticas públicas, educação em saúde, epidemiologia, gestão, gerenciamento, monitoramento, avaliação e planejamento dos sistemas e serviços de saúde, conforme ilustrado pela análise dos PPP's e reforçado pelas entrevistas.

Pelo do fato explicado, questionou-se os gerentes sobre como avaliam a formação generalista da graduação em saúde coletiva. As respostas estão explicadas no fluxograma (Figura 2 – 6) e demonstram que mesmo aqueles que não tem conhecimento sobre o campo e sobre a graduação em saúde coletiva, avaliam como positiva a inserção de um profissional específico para atuar na gestão e no gerenciamento dos serviços de saúde a partir de um olhar generalista e coletivo. Acredita-se que essa opinião se justifique pelo fato dos profissionais que atuam na gerencia da APS atualmente, entenderem a importância de complementar seu conhecimento gerencial ao conhecimento assistencial que a eles é preconizado. Se confirma novamente, a hipótese que a percepção que os gerentes têm da profissão está limitada a sua experiência pessoal quando nas falas da entrevista, os profissionais que tem uma relação mais ampla com o campo enxergam o profissional sanitarista atuando em todos os pontos de atenção do SUS, enquanto outros, limitam a profissão ao contexto da atenção primária.

Nesse contexto, cogitou-se um viés para essas afirmações, visto o questionário abarcar, com maior frequência, a APS e as respostas ficarem restritas a ela. Entretanto, o trecho a seguir demonstra que o imaginário sobre o sanitarista ser integrante da APS, e somente dela, foi encontrado independentemente da entrevista priorizar a APS:

*“[...]Eu vejo a saúde coletiva com uma raiz bem forte na atenção primária, no sanitarismo, [...] Naquele processo da atenção secundária do hospital e da especialidade de ambulatório, especialidade terciárias eu ainda não tive contato com a saúde coletiva dessa forma. Se eu não tive experiência não tem como eu falar se é positivo ou negativo mas eu acho na minha interpretação, eu acho que não seria uma formação de todos os níveis do SUS, porque os níveis do SUS são caracterizados como primário secundário e terciário, agora, nos níveis de sanitarista, na gerência, da gestão, da administração isso que eu acho que é viável, [...] pra gestão de projetos e programas, isso tudo se resume em gestão [...]”(R.S – Ceilândia)*

O profissional, em seu aspecto mais tecnicista, foi abordado nos trechos abaixo:

*“Esse é o profissional perfeito né? É aquela visão ampla que a gente procura, por que existem profissionais que são muito tecnicistas né? E a gente briga muito contra isso, deixar de ser tecnicista, ter uma visão mais ampla, ver o paciente de uma forma geral, ver a questão social e educacional, o que que eu posso tá melhorando nisso, trazer outros profissionais, porque muita das vezes não adianta você dar o medicamento, você precisa tratar a razão social [...]” (R. – Samambaia).*

*“[...] Eu estou aqui como enfermeiro, eu somo com a parte gerencial, com a parte administrativa, a gente é formado para ser técnico, então o técnico puxa muito, se eu tô na unidade e entendo de gestão, mas a unidade eu não tenho conhecimento algum vai fazer falta, então assim, na verdade vocês têm toda parte de teorias de gestão, a parte de doenças mas na minha opinião se fosse ficar uma deficiência na formação de vocês seria a parte técnica [...]” (E.M – Ceilândia)”*

*“Eu acho muito interessante, alguém que esteja focado mais nessa área de programação e não tem uma formação tão assistencial assim, né?! Isso as vezes atrapalha, então eu acho que o campo da saúde e as unidades de saúde só tem a ganhar com um profissional com um nível desse de formação.” (F.L – Ceilândia).*

A percepção dos gerentes sobre a formação em saúde coletiva, demonstra que eles compreendem o potencial inovador da formação para atuar no âmbito gerencial e gestor dos serviços de saúde. No que diz respeito a concepção da atuação do profissional de saúde coletiva é apenas voltada para a APS, é possível argumentar de acordo com (MOTA;SANTOS, 2013) que, pelo fato do campo de prática da saúde coletiva não estar subordinado ao modelo biomédico e assistencial, culturalmente profissões consolidadas e já reconhecidas, o veem como parte de sua aprendizagem, ainda não está claro a alguns desses profissionais que a especialidade do profissional sanitarista não está relacionada com o processo de cuidar em saúde, mas com reorientação das práticas de saúde e com a demanda gerencial do SUS, que se encontrava reprimida, antes do surgimento da profissão sem o intermédio da pós. Há um

processo de formação em saúde diferenciado, que leva em consideração a necessidade dos sujeitos que compõem o sistema de saúde (SILVA *et al*, 2016).

Nesse sentido, as contribuições que o sanitarista poderia trazer ao fluxo de trabalho do centro de saúde/clínica da família, segundo os enfermeiros, estão atreladas as dificuldades gerenciais que eles enfrentam e que o bacharel em saúde coletiva foi formado para assumir. De acordo com o fluxograma (Figura 2 – 8a), as categorias demonstram que o cenário gerencial da APS colocado pelos gerentes, confirma o fato de o SUS precisar de um profissional com identidade específica para lidar com os desafios do cotidiano do trabalho em saúde (PAIM; PINTO, 2013).

No âmbito da APS, o sanitarista poderá agregar seus conhecimentos técnico gerenciais ao conhecimento assistencial do enfermeiro, de modo a fortalecer ações interprofissionais. Os enfermeiros que já tiveram a experiência de trabalhar com estagiários de saúde coletiva compreendem que não se refere a uma “briga” corporativa por mercado de trabalho, onde a chegada do sanitarista impossibilitaria a função gerencial do enfermeiro, mas afirmam sentir a necessidade de poder contar com um profissional de visão generalista atuando de maneira conjunta. Os enfermeiros que não tiveram contato prévio com estudante ou profissional de saúde coletiva, afirmam que o apoio matricial trazido por um profissional com o perfil em questão, seria de grande valia. A fala a seguir demonstra esse contexto:

*“Assim, a gente tem uma dificuldade por que o enfermeiro capacitado tecnicamente e gerencialmente, ele resolve muita coisa de bate pronto de acordo com a demanda que surgir naquele momento e apagando muita fogueira vamos dizer assim [...] A gente passa uma série de dificuldades para poder sistematizar o trabalho gerencialmente falando, e é onde entra esse profissional (sanitarista) que até onde eu tive contato supre muito que é a parte técnico gerencial, [...] gente aprende a gerenciar na cara e na coragem. Aqui dentro da unidade a gente não tem só a gestão da gerencia, a gente tem administrativa também, a gestão de setores, e não que tenha que centralizar no médico, no enfermeiro, mas tem que ir para aquelas áreas onde vocês iriam atuar com mais êxito que a gente. [...]”*

*(E.M – Ceilândia)*

Estudos como o de Lazzarotto (2001), comprovam que os enfermeiros que assumem cargo de gerência em unidades de atenção primária acumulam as funções gerenciais e assistenciais, essa dupla função gera sobrecarga de trabalho e angustia os profissionais por não conseguirem êxito em tudo. Tal contexto está presente no relato dos entrevistados e pode ser considerado, quando refletimos sobre a contribuição do profissional de saúde coletiva na APS, o que pode potencializar as melhorias no processo de trabalho em saúde, contribuindo para o enfrentamento de desafios já citados, ao incorporar estratégias inovadoras de gerenciamento

que prezem pela integralidade do cuidado nas ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde.

A inserção de um profissional formado em saúde coletiva a nível de graduação na rede de atenção à saúde, proporciona novas condições e oportunidades para aprofundar conhecimentos e habilidades que cursos de pós graduação deixam a desejar aos profissionais que atuam no campo, e possibilita que a abordagem dos pós-graduados em saúde coletiva recupere a natureza generalista do campo, que muitas vezes pode ser empobrecida por versões minimalistas (MOTA; SANTOS, 2013).

As categorias criadas para representar a opinião dos gerentes sobre a inserção do sanitarista graduado na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Figura 2 – 9) está em concordância com o contexto de contribuição no fluxo de trabalho, mas também, ainda demonstra que o desconhecimento sobre o curso pode causar equívocos relacionados a prática do sanitarista tirar o lugar gestor de enfermeiros. As falas a seguir, relacionadas ao espaço de inserção do sanitarista na SES demonstram o fato:

*“Totalmente, eu acho que tem espaço sim, na verdade, tem espaço para trabalhar junto, não só pra substituir o enfermeiro ou o médico na gestão, eu acho que não é questão de substituir ou tomar a vaga de quem tá aqui, mas sim de somar, de contribuir, de trabalhar junto, juntar o conhecimento técnico do técnico em saúde, o enfermeiro ou o médico junto com conhecimento gerencial que vem da graduação em saúde coletiva..” (E.M – Ceilândia)*

*“Sim acredito que sim, dentro de todos os níveis de atenção já que a gente tem como definição essa questão dos determinantes sociais, então não seria só no centro de saúde mas também uma gestão mais central, gestão regional, sistema hospitalar, ele só tem a contribuir” (F.L – Ceilândia)*

*“ [...]Os enfermeiros no caso, eles não são específicos como você tá falando, não somos bacharéis em saúde da família em saúde coletiva, mas nós temos o perfil de gestor, o enfermeiro ele é capacitado para estar como gestor, então a secretaria também visa isso, ela te da oportunidade também, é aquilo que eu falei pra você, você vem com uma formação, é mais fácil de ter visão mas também no dia a dia você aprende, e nós temos ótimos de todos gestores na atenção primária.” (C.A- Samambaia)*

De modo geral no imaginário dos gerentes, a inserção do sanitarista na SES seria viável pelo fato de seus conhecimentos estarem atrelados as práticas das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, da Epidemiologia e da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, o que é estratégico para proporcionar espaços reflexivos sobre a dimensão das ações de atenção à saúde, gestão e gerencia de sistemas e serviços focando na necessidade de saúde dos sujeitos envolvidos e colaborando com outras categorias profissionais na inovação das práticas de cuidado (ANJOS; PINTO, 2014; SILVA *et al*, 2016).

Entretanto, emerge um debate necessário, sobre o reconhecimento da profissão pelas instituições de saúde, para que a inserção do sanitarista saia do imaginário e se torne realidade no SUS. (Figura 2 – 8b e 9) “De fato, o tema vem suscitando um intenso debate nos meios acadêmicos, nos serviços de saúde e nas instâncias colegiadas dos gestores do SUS, gerando um conjunto de argumentações em defesa e em oposição ao ingresso dos “novos sanitaristas” nas carreiras do SUS” (PAIM; PINTO, 2013 p. 16).

Em relação a esse contexto, no momento da redação deste trabalho a busca da inserção do profissional sanitarista na SES-DF era representado pela criação de um coletivo de egressos para reuniões com gestores da SES-DF, fortalecida a partir da inserção do bacharel em Saúde Coletiva no código de sanitarista na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), ação que foi encaminhada pelo MS ao Ministério do Trabalho em 1/10/2015. Outras ações pontuais foram realizadas nesse sentido anteriormente, como moções de apoio criadas em momentos como a 15ª Conferência nacional de Saúde e também, articulações com o poder legislativo do DF para criação da carreira de sanitarista composta por bacharéis e pós-graduados em saúde coletiva, entretanto não obtiveram êxito ou não foram descontinuadas.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a reorientação do modelo de atenção à saúde e a consolidação da formação em saúde coletiva desde a graduação, os teóricos do campo, graduandos e egressos do curso sentem a necessidade de estudar sobre a identidade desse profissional e sua inserção no mercado de trabalho, tendo em vista, o novo perfil de sanitarista que a graduação propõe. Neste sentido, o presente estudo contribuiu para ampliação dos conhecimentos sobre a formação acadêmica e atuação profissional de enfermeiros e sanitaristas nos espaços de gestão e gerencia do SUS no âmbito da APS, levando em consideração, que os dois cursos de graduação formam profissionais com potencial perfil para o gerenciamento do trabalho em saúde.

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, e demonstraram a percepção dos enfermeiros gerentes sobre as possíveis contribuições que os profissionais sanitaristas graduados podem trazer ao contexto da APS a partir de sua provável inserção profissional no SUS. Os resultados também contextualizam a abordagem gerencial e gestora preconizada na formação de enfermeiros e sanitaristas em seus respectivos projetos políticos pedagógicos, demonstrando diferenças e similaridades importantes entre as duas profissões.

Portanto pode-se dizer, de acordo com os resultados da pesquisa, que há uma grande possibilidade de trabalho conjunto entre enfermeiros e sanitaristas no âmbito da gestão, levando em consideração que as habilidades gerenciais e gestoras das duas profissões são distintas e complementares no cotidiano do trabalho em saúde. Logo, não é necessário que um enfermeiro deixe seu cargo de gerente ou gestor, para que o sanitarista possa então atuar.

Tal cenário se confirma, com a análise da formação das profissões tendo como base os PPP's, esses, trazem que as habilidades preconizadas na formação em enfermagem se relacionam com o gerenciamento do processo de trabalho da equipe de enfermagem, enquanto as habilidades preconizadas na formação em saúde coletiva se voltam ao gerenciamento dos sistemas e serviços de saúde. Porém, pode-se inferir, que de acordo com a percepção dos enfermeiros entrevistados sobre atuação do sanitarista na SES, que a atuação do sanitarista no fluxo de trabalho, estaria relacionada também com gestão de equipe, logo os enfermeiros esperam de sanitaristas ações gerenciais voltadas ao processo de trabalhado em equipe, por sentirem dificuldade em gerenciar recursos humanos.

A partir deste contexto, é importante enfatizar que a competência para gerenciar recursos humanos ou fazer gestão do trabalho não está posta como competência específica da Enfermagem nos PPP's e nem sequer nas DCN, que colocam tais competências de modo geral para as profissões da saúde.

Pautando-se nos documentos norteadores de formação das profissões, defende-se que as competências específicas voltadas para funções gerenciais de enfermeiros e sanitaristas se diferem. O gerenciamento de equipe de trabalho em enfermagem é uma prioridade do gerente enfermeiro que está preparado para lidar com as demandas assistências, enquanto o sanitarista como gerente, estaria atuando na gestão dos sistemas e serviços técnicos gerenciais. Levando em consideração que, de acordo com os PPP's o gerenciamento de equipe não é uma habilidade priorizada na formação em saúde coletiva, mas tal habilidade provavelmente será demandada do profissional quando estiver atuando da APS, emerge a necessidade de refletir mais uma vez, sobre as prioridades do modelo pedagógico de formação dos sanitaristas. As instituições de ensino que formam bacharéis em saúde coletiva devem dar uma maior atenção ao gerenciamento das equipes para além do gerenciamento do serviço em seu processo de formação, pelo fato desta ser uma provável demanda de trabalho na gestão do SUS, ou as habilidades dos enfermeiros em gerir a equipe devem ser melhores sistematizadas?

O fato de que tanto os estudantes nos estágios quanto os egressos de saúde coletiva nos serviços de saúde onde se inserem atualmente ainda não encontrarem seus pares no trabalho, pode explicar a dificuldade de compreensão de sua atribuição gerencial. Portanto, entende-se que a atenção primária em saúde é um campo promissor para a inserção do bacharel em saúde coletiva. Logo, espera-se que as indagações trazidas neste estudo possam contribuir para as reflexões atuais acerca do mercado de trabalho para a graduação em saúde coletiva.

Acredita-se ainda, que o fortalecimento das ações e articulações em prol da criação da carreira profissional se fazem necessárias, para que o contexto gerencial do SUS seja cada vez mais fortalecido através da inserção do sanitarista graduado na SES, profissional que têm mostrado seu potencial inovador nos espaços onde já estão inseridos e que podem contribuir para o fortalecimento ações interprofissionais que trazem melhorias ao processo de gestão dos serviços de saúde.



## 9. REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.D.S. *et al.* **Formação e Processos educativos em Saúde.** In: Ensino na Saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho. Curitiba: Juruá. 2016.
- AGUIAR, A. B. COSTA, R. S.; WEIRICH, C. F.; BEZERRA, A. L. Q. **Gerência dos Serviços de Saúde: Um Estudo Bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v.07, n.03, p. 319 327, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen.>>
- ALMEIDA FILHO, N.M.de. **Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]. vol.18, n.6, 2013.
- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. **Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor.** Rev Esc Enf USP, São Paulo, v. 41, n esp., p. 835-40, 2007.
- AROUCA, S. **A reforma sanitária brasileira.** Tema – Radis, n.11, p.2-4, nov. 1988b.
- AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal: Edições 70. Ferreira, B. Análise de Conteúdo.1977. Disponível em: <http://www.ulbra.br/psicologia/psi-dicas-art.htm..>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. 2006. (Obra original publicada em 1977).
- BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.
- BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. **Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 319 327, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em: 22/11/2016.
- BORDALO, A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Para. Medicina.** Belém, v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006.
- BRASIL, Ministério da Educação (BR). CNS/CES. **Resolução n. 3/2001.** Brasília (DF): MEC; 2001.
- BRASIL. **Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010 que dispõe sobre a organização da rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <[http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/legisortaria\\_4279\\_2.](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/legisortaria_4279_2.)> Acesso em: 20/11/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Norma Operacional Básica. Brasília, v.134, n. 216, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL, Portal da Educação. **Enfermagem: Um Breve Histórico**. 2012. Disponível em <<http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/11286/enfermagem-um-breve-historico>>. Acesso em: 28/11/2016.

BRASIL, Universidade de Brasília - UnB. Faculdade de Ceilândia. **Projeto Político Pedagógico**. Brasília, 2009.

BRASIL, Universidade Federal da Bahia – Instituto de Saúde Coletiva. UFBA/ISC. **Projeto Político Pedagógico**. Bahia, 2008.

CAMPOS, G. W. D. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. D. C. **Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, R. T.O. *et al.* **Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 252-264, OUT 2014.

CARDOSO, A. J. C; SOUSA, M. F. **Bacharel em Saúde Coletiva: um Elo que faltava na Rede**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, [S.l.], v. 7, n. 3, p. Pág. 205-216, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1405>> Acesso em: 20/11/2016.

CARIES, S.; ALMEIDA, S.L.; VIEIRA, D. **Os estágios curriculares no quadro dos desafios de Bolonha: avaliação das vivências e percepções dos estagiários**. Portugal: Universidade do Minho - UmMinho, 2010.

CECCIM, R. B. *et al.* **Fiz Vestibular pra Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

CIAMPONE, M.H.T. KURCGANT, P. **O Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):401-7.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

CUNHA, I. C. K. O; XIMENES NETO, F. R. G. **Competências gerenciais: um novo velho desafio?** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v 15, n 3 p. 479-82, Jul-Set 2006.

DOS SANTOS BEZERRA, *et al.* A percepção do graduando em saúde coletiva sobre o estágio supervisionado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 115-127, 2013.

ESPIRITO SANTO, F.H.do and PORTO, I. S. **De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer**. Revista Escola Anna Nery [online]. 2006, vol.10, n.3, p. 539-546.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FORMIGA, J. M. M. and GERMANO, R. M. **Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. [online]. 2005, vol.58, n.2, p. 222-226.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L.; S. E., LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.) (Ed.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GOMES, E.L.R. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. Ribeirão Preto, 1991. 1 B8p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

GRECO, R.M. **Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. [online]. 2004, vol. 57, n.4, p.504-507.

JORGE, M.S.B. **Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004)**. Revista Brasileira de Enferm, Brasília, v. 60, n. 1, p. 81-1, jan-fev, 2007.

KURCGANT, P; CIAMPONE, M.H.T. **A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil**. Rev. Bras. Enferm. 2005 Mar/Abr; 58 (2): 161-4.

LEGROS, Patrick *et al.* **Sociologia do imaginário**. Frédéric Monneyron, Jean-Bruno Reanrd. Patrick Legros e Patrick Tacussel. Porto alegre: Sulina, 2007 – (Coleção Imaginário Cotidiano).

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S.M.R.C. **Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização**. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

MASCARENHAS, R.S. **Contribuição para o estudo da administração sanitária estadual em São Paulo** [tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP; 1949.

MATOS, E; PIRES, D. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem**. Texto contexto - Enfermagem. [online]. 2006, vol.15, n.3, p. 508-514.

MATUMOTO, S; MISHIMA, S. M. and PINTO, I. C. **Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem**. Caderno de Saúde Pública [online]. 2001, vol.17, n.1, p. 233-241.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª Ed: Hucitec-Abrasco, São Paulo, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis.Vozes, 2010.

- MOTA, E; SANTOS, L. **O que se pode alcançar com a Graduação em Saúde Coletiva no Brasil?** Tempus Actas de Saúde Coletiva, [S.l.], v. 7, n. 3, p. Pág. 37-41, nov. 2013.
- MUNARI, D.B.; CRUZ, R, M.M; MERJANE, T.V.B. **Aplicação do modelo de educação de laboratório no processo de formação do enfermeiro.** Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 263-9, Maio-Ago, 2005.
- NOGUEIRA, R. P. **Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde.** Rio de Janeiro, 1993. Mimeografado.
- NUNES, E. D. **Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito.** Revista Saúde e Sociedade [online]. 1994, vol.3, n.2, p. 5-21.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOZA, R. M. **A gerência na eficácia da prestação dos serviços.** In: **Conferencia Nacional de Saúde.** Descentralizando e democratizando o conhecimento. v. 2. Brasília: cultura, 1992.
- LAZZAROTTO, E. M *et al.* **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde.** Repositório Institucional UFSC. 2001.
- MACEDO, M. *et al.* **Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação.** In: Pinheiro R, organizador. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 2006. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional.
- MELO, M. L. C.; NASCIMENTO, M. A. A. Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 56, n.6, p.674-677, 2003.
- PAIM, J. S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública [online]. 1998, vol.32, n.4, pp. 299-316.
- PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA; 2006.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIM, J S. **Saúde, Política e Reforma sanitária.** Salvador: Ceps-ISC, 2002.
- PAIM, J. S. **Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira.** Saúde Debate, v.33, n.81, 2009.
- PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- PERES, A. M; CIAMPONE, M. H. T. **Gerência e competências gerais do enfermeiro.** *Texto contexto - Enfermagem.* [online]. 2006, vol.15, n.3, p. 492-499.

ROCHA, Décio e Deusdará, Bruno. **Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória.** Alea, volume 7, 2005.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L.D.G.; PERES, A.M. **O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva dos docentes de disciplinas de administração aplicada a enfermagem.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 18, n 2, p.321-9, Apr. Jun., 2009.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. **Considerações gerais sobre gestão de pessoas na área de enfermagem.** Revista Nursing. São Paulo, v. 12, n. 131, p. 190-194, 2009.

SANCHES V.F; CHISTOVAM B.P; SILVINO Z.R. **Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar** – uma visão dos enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 10, n 2, p. 214-20, 2006.

SAMPAIO, J.R.C, SANTOS R.D.S. **Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos.** Tempus: Actas Saúde Col., Brasília; 2013; 7(3):81-89.  
SANTOS, B. de S. 1995. **Pela Mão de Alice.** São Paulo, Cortez.

SILVA, H. **A concepção de cuidados de enfermagem em Florence Nightingale: Sua influência na educação e na prática em enfermagem.** Nursing. Ano 13, nº 154, p. 32-33, 2001.

SILVA, M.D.D.S.L.F. PEDROSA, R.L.S. BRAMBATTI, L.P. Matizes do Trabalho em Saúde e Algumas Possibilidades para os Processos Formativos no Sistema de Saúde. In: **Ensino na Saúde no Brasil: desafios para a formação profissional e qualificação para o trabalho.** Curitiba: Juruá. 2016.

SPAGNOL, C. A. **(Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, v.1, n.10, p.119-127, 2005.

TEIXEIRA, C. F. **Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista.** TEIXEIRA, Carmen Fontes. *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.13, pp. 163-166. ISSN 1807-5762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000200019>. Acesso em: 20/11/2016.

VAGHETTI, H. *et al.* **Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho.** Brasília (DF). **Revista Brasileira de Enfermagem.** V. 57, n.3, p.316320,2004.

VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Marcio Henrique da Silva. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** 2ª edição. Porto Alegre: RM&L,2000.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VEIGA, I.P. A. **Projeto político-pedagógico: continuidade ou transgressão para acertar?** In: CASTANHO, M.E.L.M.; CASTANHO, S. (Org.). *O que há de novo na educação superior: do projeto pedagógico à prática transformadora.* Campinas: Papyrus, 2000.

WEIRICH, C. F *et al.* **O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde.** Texto contexto - Enfermagem.[online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 249-257.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I

#### ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

##### 1) Identificação:

Nome (Letras Iniciais)

Data de Nascimento:

Tempo de graduação:

Pós-graduação:

Tempo de atuação na gerência do Centro:

Tempo de atuação em gerência (outros espaços):

Data da entrevista:

- 2) Quais conhecimentos e habilidades, em sua opinião, um gerente da atenção básica deve ter?
- 3) Quais profissões, atualmente, formam profissionais com esse perfil?
- 4) Quais são os maiores problemas enfrentados por um gerente na atenção Básica? E os êxitos?
- 5) Em sua opinião, qual a dimensão dos aspectos sociais no adoecimento das pessoas? Esses aspectos são importantes no acolhimento dessas pessoas?
- 6) Você conhece o campo da Saúde Coletiva? Como você o definiria?
- 7) Como você avalia uma graduação que pretende formar um profissional generalista especificamente para atuar em todos os níveis de complexidade do SUS abrangendo gestão, gerencia, epidemiologia, planejamento em saúde, programas sociais, entre outras ações?
- 8) Você conhece a graduação em Saúde Coletiva? Já teve contato com algum estudante ou profissional vinculado à essa graduação?
- 9) Em sua opinião, qual seria a contribuição de um profissional sanitaria, formado na graduação, no fluxo de trabalho do centro de saúde? Quais possíveis contribuições? Quais as dificuldades?
- 10) Em sua opinião, um sanitaria graduado teria espaço de inserção na rede de atenção da SES-DF? Se sim, qual? Se não, justifique.

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: **“Percepção dos Profissionais Enfermeiros sobre a Inserção do Sanitarista na Rede de Atenção a Saúde da SES/DF.”** Que é parte do trabalho de conclusão de curso graduação em Saúde Coletiva da estudante **Mariane Sanches Leonel de Sousa da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia**. O nosso objetivo é: **Identificar a percepção de profissionais enfermeiros atuantes em cargos de gerência da atenção básica em duas regiões administrativas do Distrito Federal sobre a inserção do profissional sanitaria na rede de atenção a saúde (RAS)**. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um questionário semiestruturado que você deverá responder no **setor de atenção básica da SES/DF, em ambiente reservado** na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: **30 minutos**. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor de **atenção básica da SES/DF** e na Instituição **Universidade de Brasília – UnB** podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a) **Mariana Sodário Cruz**, na instituição **Universidade de Brasília - UnB** telefone: \_\_\_\_\_ no horário: \_\_\_\_\_

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome / assinatura:

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável/ Nome e assinatura

## ANEXO III



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ  
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado: **“Percepção dos Profissionais Enfermeiros sobre a Inserção do Sanitarista na Rede de Atenção a Saúde da SES/DF.”**, sob responsabilidade de Mariana Sodário Cruz, vinculada à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

**Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise por parte da equipe de pesquisa referente a percepção do enfermeiro sobre a inserção do sanitarista na rede de atenção a saúde da SES/DF**

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**



DO DISTRITO FEDERAL – FEPECS/SES/DF



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos Profissionais Enfermeiros sobre a Inserção do Sanitarista na Rede de Atenção à Saúde da SES/DF

**Pesquisador:** Mariana Sodario Cruz

**Área Temática:**

**Versão:**

1

**CAAE:** 52342415.9.0000.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.429.221

### Apresentação do Projeto:

A Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde (SUS) surgiram como resposta estruturada pela sociedade civil organizada no enfrentamento de questões relativas a saúde no Brasil. A proposta da Reforma Sanitária articulava uma “totalidade de mudanças” implementando uma ampla reforma social. A partir de 1993 a construção do SUS passou a demandar diversas inovações (incluindo o âmbito técnico-organizativo e gerencial) e a impor a reconceituação das práticas da Saúde Pública institucionalizada, além da reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e conseqüentemente da formação dos profissionais atuantes nesse campo. A gestão e gerência dos serviços de saúde estiveram monopolizadas nas mãos de profissionais médicos e enfermeiros e entendida como função destes, apesar de suas formações serem voltadas para o cuidar e o curar, oferecendo assim, um aparato mínimo durante a graduação dos ditos profissionais, para o enfrentamento das questões referentes ao fortalecimento das políticas públicas de saúde e o funcionamento de um sistema complexo de saúde. O surgimento do bacharelado em Saúde Coletiva teve como proposta inovar na formação de profissionais para a área da saúde, retirando o foco da doença e direcionando para a promoção e a prevenção da saúde

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A – FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE  
DO DISTRITO FEDERAL – FEPECS/SES/DF



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

### Objetivo da Pesquisa:

#### Geral:

- Identificar a percepção de profissionais enfermeiros atuantes em cargos de gerência da atenção básica em duas regiões administrativas do Distrito Federal sobre a inserção do profissional sanitarista na rede de atenção a saúde (RAS).

#### Específicos:

- Identificar e descrever o imaginário dos enfermeiros gerentes da atenção básica sobre atuação do profissional graduado em Saúde Coletiva;
- Analisar as percepções de enfermeiros gerentes de centros de saúde sobre a inserção do profissional sanitarista graduado na RAS, em especial na Atenção Básica, comparando os achados de espaços que contam com estagiários em Saúde Coletiva com espaços que ainda não recebem estes estudantes;
- Identificar se há um espaço propício para o egresso de Saúde Coletiva no âmbito da gerência em atenção básica da SES-DF, segundo a percepção dos enfermeiros.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos foram adequadamente identificados. Com os benefícios, acredita-se que este trabalho pode trazer reflexões relevantes sobre uma possível área de trabalho para sanitaristas graduados e uma maior interlocução com os gerentes enfermeiros inseridos no âmbito da SES/DF. Como riscos apresentados há possibilidade de constrangimento no momento da entrevista, mesmo o processo de elaboração da mesma tendo sido criterioso quanto à minimização de tal situação. Caso essa situação seja percebida, a entrevista cessará imediatamente e o entrevistado pode solicitar sua saída da mesma, sem danos para o mesmo ou para o estudo. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto refere-se ao desenvolvimento de um Trabalho de Conclusão de Curso. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem qualitativa, que será realizado em Centros de Saúde/SES/DF das regiões administrativas de Ceilândia e Samambaia/SES/DF, em que os gestores sejam enfermeiros de formação. Serão incluídos no estudo todos os enfermeiros gestores desses Centros, em áreas escolhidas, e que concordarem em participar da pesquisa, e excluídos da amostra os Centros de Saúde que não apresentam enfermeiros na gestão e/ou os profissionais que se recusem a participar do estudo. O levantamento dos profissionais será realizado no

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DO DISTRITO FEDERAL – FEPECS/SES/DF



Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS).

A coleta de dados será realizada através de um questionário semiestruturado, e será também gravada para posterior transcrição. Para a entrevista com os sujeitos da pesquisa será apresentado o TCLE. Para a realização da gravação, será apresentado o Termo de autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa.

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

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pelo Coordenador Geral de Saúde de Samambaia/SES/DF.

Termo de Concordância: Apresentados 02 (dois) documentos. Documentos assinados pelo Coordenador Geral da Regional de Saúde e Diretora de Atenção Primária à Saúde de Samambaia/SES/DF e pelo Coordenador Geral da Regional de Saúde e pela Diretora de Atenção Primária à Saúde de Ceilândia/SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados. Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada. TCLE: Apresentado.

Termo de Autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa: Apresentado.

**Recomendações:**

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Projeto Aprovado

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A – FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P PROJETO_633601.pdf	23/12/2015 14:04:13		Aceito
Outros	termo_grav.docx	23/12/2015 14:02:15	Mariana Sodario Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/12/2015 14:00:00	Mariana Sodario Cruz	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_2.pdf	23/12/2015 13:52:36	Mariana Sodario Cruz	Aceito
Outros	curriculo_Mariane.pdf	23/12/2015 13:50:08	Mariana Sodario Cruz	Aceito
Outros	Termo_conc.pdf	23/12/2015 13:48:01	Mariana Sodario Cruz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.docx	23/12/2015 13:46:01	Mariana Sodario Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	23/12/2015 13:38:06	Mariana Sodario Cruz	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

BRASILIA, 29 de Fevereiro de 2016

Assinado por: Helio Bergo (Coordenador)

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A – FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF **Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

