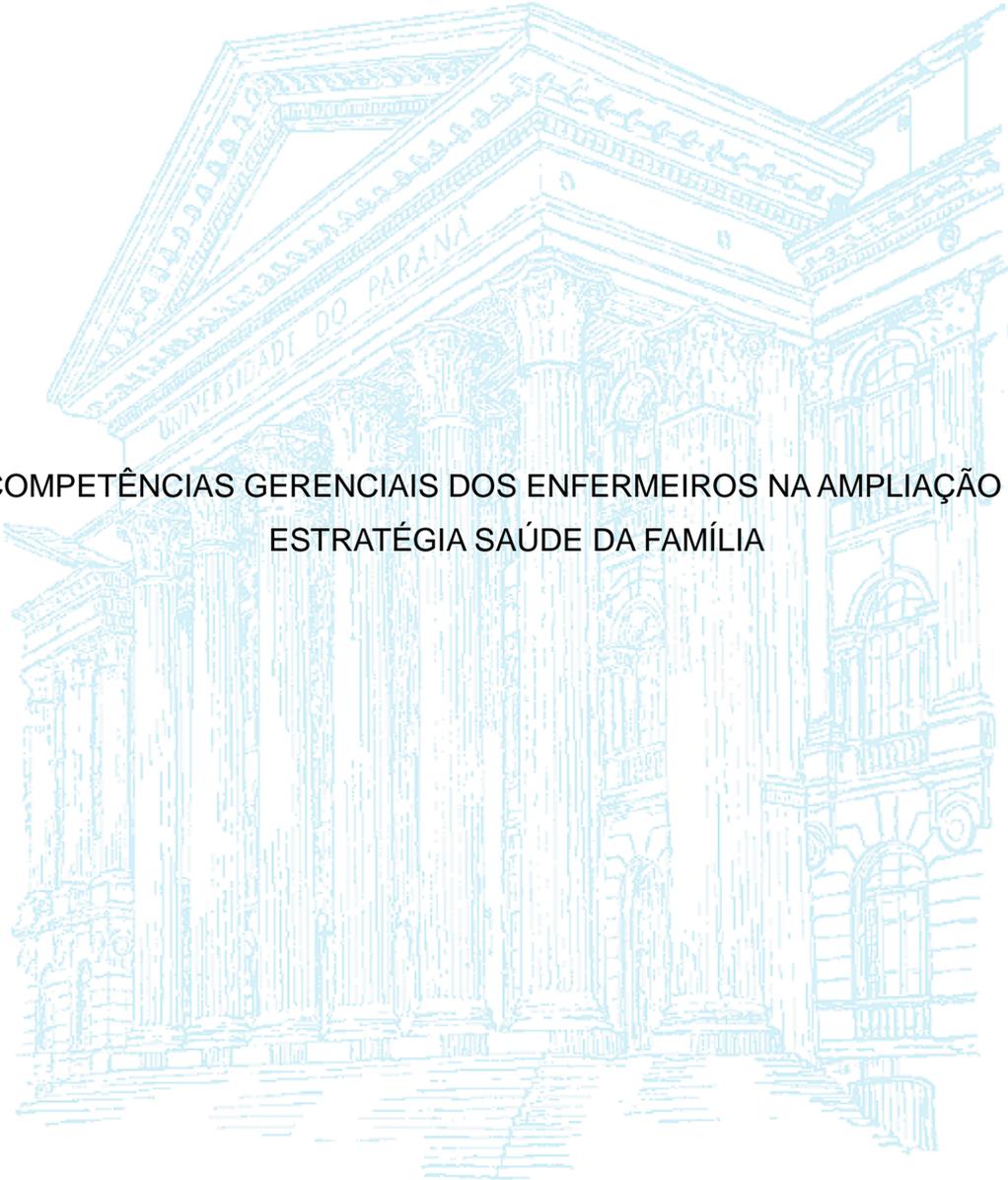


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

INGRID MARGARETH VOTH LOWEN

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS NA AMPLIAÇÃO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA



CURITIBA

2014

INGRID MARGARETH VOTH LOWEN

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS NA AMPLIAÇÃO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Crozeta Figueiredo

CURITIBA

2014

Lowen, Ingrid Margareth Voth

Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da estratégia saúde da família / Ingrid Margareth Voth Lowen – Curitiba, 2014.

134 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Aida Maris Peres

Coorientadora: Professora Dra. Karla Crozeta Figueiredo

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2014.

Inclui bibliografia

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Competência profissional. 4. Gerenciamento da prática profissional. 5. Inovação organizacional. I. Peres, Aida Maris. II. Figueiredo, Karla Crozeta. III. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.734

TERMO DE APROVAÇÃO

INGRID MARGARETH VOTH LOWEN

COMPETÊNCIAS GERENCIAIS DOS ENFERMEIROS NA AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Gerência de Serviços de Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

*Aida Maris Peres*

Profa. Dra. Aida Maris Peres  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

*Maria Eliete Batista Moura*

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura  
Membro Titular: Universidade Federal do Piauí - UFPI

*Elizabeth Bernardino*

Profa. Dra. Elizabeth Bernardino  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 1º de dezembro de 2014.

Dedico...

Aos meus **pais**, que não mediram esforços para a minha formação integral e me incentivaram nesta trajetória.

Ao meu marido **Paulo**, meu grande companheiro; seu amor, paciência e apoio fazem a diferença nas nossas vidas.

Às minhas filhas, **Elisa, Bianca e Laura**; pudemos aprender várias lições, entre elas, de não desistir dos sonhos que valem a pena serem vivenciados.

## AGRADECIMENTOS

Ao **Deus** em quem confio, pois me fortaleceu e guiou dia após dia, concedendo saúde e perseverança, tão necessárias para alcançar este objetivo.

À minha orientadora, **Profª Drª Aida Maris Peres**, pelo estímulo e confiança; conduziu-me, de forma serena e desafiadora, a vencer os meus limites em busca da qualificação profissional;

À minha coorientadora, **Profª Drª Karla Crozeta Figueiredo**, por ter contribuído significativamente no aprimoramento deste estudo;

À **Profª Drª Maria Eliete Batista Moura**, pois aceitou participar da minha banca sem medir esforços para estar presente, além de contribuir com o seu vasto conhecimento e experiência;

À **Profª Drª Elizabeth Bernardino**, por ter participado desta trajetória e colaborado para a finalização deste estudo;

Aos profissionais da **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba**, que me incentivaram e me apoiaram neste percurso significativo da minha vida; aos **enfermeiros** entrevistados, uma vez que compartilharam a sua experiência na ampliação da Estratégia Saúde da Família;

Aos membros do **Grupo de Pesquisa, Políticas, Gestão e Práticas de Saúde** (GPPGPS) da Universidade Federal do Paraná, afinal, colaboram no desenvolvimento de pesquisadores;

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem** e aos docentes do curso, pela confiança e contribuições;

Aos profissionais do **Laboratório de Estatística Aplicada da UFPR**, por oferecer a assessoria estatística à pesquisa;

Aos meus **familiares, amigos e colegas de turma**, que em momentos desafiadores me incentivaram a olhar para o meu alvo.

## RESUMO

LOWEN, I. M. V. **Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Crozeta Figueiredo

O processo da mudança organizacional implica na utilização de competências gerenciais. Este estudo teve como objetivos: analisar o processo de mudança na ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Unidades de Saúde no município de Curitiba e identificar as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros nessa ampliação. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, a qual teve a participação de 16 enfermeiros gerenciais e 16 enfermeiros assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba - PR. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado. Para o processamento dos dados foi utilizado o *software* IRAMUTEQ, que faz cálculos estatísticos sobre dados qualitativos. Dentre as diferentes formas de análises estatísticas, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente. Os resultados foram processados a partir de um *corpus* no qual os segmentos de texto foram classificados em função da frequência dos vocábulos e o emprego do teste qui-quadrado. A partir dessa classificação, surgiram as classes: 1. o processo de mudança na ampliação da ESF; 2. os enfrentamentos e as potencialidades na ampliação da ESF; 3. a mobilização para a mudança; 4. a inovação na consulta médica e na do enfermeiro. Os dados foram analisados à luz de cinco competências gerenciais descritas por Quinn *et al.* (2012): usar o poder e a influência com ética e efetividade; patrocinar e vender novas ideias; estimular e promover inovação; negociar acordos e compromissos; implementar e sustentar a mudança. Conclui-se que estas cinco competências são necessárias para o enfermeiro gerenciar a ampliação da ESF a fim de que a Atenção Primária à Saúde atenda às necessidades da população, e que os princípios e diretrizes sejam aplicados para o cuidado integral. Além de identificar o processo de mudança ocorrido em função da ampliação da ESF, este estudo evidencia outras mudanças relacionadas ao processo de trabalho e que visam o fortalecimento da Atenção Primária. Também permite visualizar suas fragilidades, avanços e contribuições para o desenvolvimento de competências gerenciais para os profissionais de saúde, utilizadas para que a ampliação da ESF se efetive e que outras ações sejam implementadas para o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Competência profissional. Gerenciamento da prática profissional. Inovação organizacional.

## ABSTRACT

**LOWEN, I.M.V.** Nurses' managerial competencies in the expansion of the Family Health Strategy, 2014. Dissertation (Nursing Master's Degree). Nursing Post-graduation Program, Federal University of Parana, Curitiba, 2014.

Advisor: Prof. Aida Maris Peres, PhD

Co-advisor: Prof. Karla Crozeta Figueiredo, PhD

The process of organizational change implies the use of managerial competencies. This study objectified to analyze the process of change in the expansion of the Family Health Strategy at Health Centers in the municipality of Curitiba, Parana State/Brazil, and identify nursing managerial competencies required for that expansion. It is a qualitative, descriptive, exploratory research study with the participation of 16 managerial nurses and 16 direct-care nurses from the Municipal Health Secretary of Curitiba municipality, Parana State/Brazil. Data collection was held by means of a semi-structured interview. For data processing, IRAMUTEQ software, which performs statistical calculations on qualitative data, was used. Among different types of statistical analyses, Descending Hierarchical Classification was used. Results were processed by means of a corpus of text segments classified according to word frequency, and by the use of the chi-square test. Classes were then made up from this classification: 1. the process of change in the expansion of the Family Health Strategy; 2. confrontations and capabilities in the expansion of the Family Health Strategy; 3. movement for the change; 4. innovation in medical and nursing consultations. Data were analyzed in the light of five competencies described by Quinn *et al.* (2012): to use power and influence ethically and effectively; to sponsor and sell new ideas; to encourage and promote innovation; to negotiate agreements and commitments; to implement and maintain the change. It is concluded that these five competencies are necessary for nurses to manage the expansion of the Family Health Strategy so that Primary Health Care may meet population needs as well as principles and guidelines may be applied for integrated care. Besides the identification of the change process due to the expansion of the Family Health Strategy, this study evidences other changes related to the work process which aim to strengthen Primary Care. It also enables to view fragilities, advances and contributions for the development of health professionals' managerial competencies used to effect the expansion of the Family Health Strategy as well as the implementation of other actions to improve Primary Health Care.

**Key words:** Primary Health Care. Nursing. Professional Competence. Practice Management. Organizational Innovation.

## GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| GRÁFICO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DA AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES<br>SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚMERO DE US COM ESF.....                 | 45 |
| GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E<br>ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....                          | 53 |
| GRÁFICO 3 – TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E<br>ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....                     | 54 |
| GRÁFICO 4 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA<br>PESQUISA NOS ATUAIS CARGOS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS<br>..... | 54 |
| GRÁFICO 5 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E<br>ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA EM US COM ESF<br>.....     | 55 |
| GRÁFICO 6 – QUALIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E<br>ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....                           | 55 |

## LISTA DE FIGURAS

|   |     |
|---|-----|
| FIGURA 1 - MODELOS DE ORGANIZAÇÃO NA ESTRUTURA DE VALORES<br>CONCORRENTES .....   | 36  |
| FIGURA 2 - IMPERATIVOS DE AÇÃO NA ESTRUTURA DE VALORES<br>CONCORRENTES .....  | 37  |
| FIGURA 3 - DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ.....  | 56  |
| FIGURA 4 - DENDOGRAMA DAS CLASSES - Ampliação da Estratégia saúde da<br>família.....  | 57  |
| FIGURA 5 - COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REFERENCIADAS PARA O<br>PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DA ESF A PARTIR DOS DADOS DAS<br>QUATRO CLASSES ANALISADAS. .... | 105 |

## LISTA DE SIGLAS

|            |  |
|------------|--|
| ABS -      | Atenção Básica à Saúde   |
| ACS -      | Agente Comunitário de Saúde  |
| ALCESTE -  | Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte                     |
| APS -      | Atenção Primária à Saúde   |
| CHD -      | Classificação Hierárquica Descendente  |
| CIPE -     | Classificação Internacional da Prática de Enfermagem                                 |
| CIPESC -   | Classificação Internacional da Prática de Enfermagem e Saúde Coletiva                |
| CNS -      | Conferência Nacional de Saúde  |
| CNES -     | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde                                      |
| COFEN -    | Conselho Federal de Enfermagem   |
| CONASEMS - | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde                                 |
| CONASS -   | Conselho Nacional de Secretários de Saúde  |
| DAPS -     | Departamento de Atenção Primária à Saúde   |
| DCN -      | Diretrizes Curriculares Nacionais  |
| DGTS -     | Diretoria de Gestão do Trabalho em Saúde   |
| DS -       | Distrito Sanitário   |
| ESF -      | Estratégia Saúde da Família  |
| IDQ -      | Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade  |
| IRAMUTEQ - | Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires |
| LDB -      | Lei de Diretrizes e Bases  |
| MBA -      | Master of Business Administration  |
| MS -       | Ministério da Saúde  |
| NANDA -    | North American Nurses Diagnosis Association  |
| NASF -     | Núcleo de Apoio à Saúde da Família   |
| NOB -      | Norma Operativa Básica   |
| OPAS -     | Organização Pan-Americana da Saúde   |

|               |  |
|---------------|--|
| PACS -        | Programa de Agentes Comunitários de Saúde                                      |
| PES -         | Planejamento Estratégico Situacional   |
| PMAQ -        | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica                |
| PNAB -        | Política Nacional de Atenção Básica  |
| POA -         | Programa Operativo Anual   |
| PRÓ-SAÚDE     | Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde            |
| PSF -         | Programa Saúde da Família  |
| SAE -         | Sistematização da Assistência de Enfermagem                                    |
| SIAB -        | Sistema de Informação da Atenção Básica  |
| SISPRENATAL - | Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| SMS           | Secretaria Municipal de Saúde  |
| SUS           | Sistema Único de Saúde   |
| UCE           | Unidade de Contexto Elementar  |
| UCI           | Unidade de Contexto Inicial  |
| UFPR          | Universidade Federal do Paraná   |
| UPA           | Unidade de Pronto Atendimento  |
| US            | Unidade de Saúde   |
| TCLE          | Termo de Consentimento Livre Esclarecido                                       |

## SUMÁRIO

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 14 |
| 1.1      | OBJETIVOS .....   | 19 |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 20 |
| 2.1      | ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....                                      | 20 |
| 2.2      | PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....                           | 26 |
| 2.2.1    | Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde .....                           | 27 |
| 2.3      | PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL.....   | 30 |
| 2.4      | REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS E O PROCESSO DE MUDANÇA .....              | 34 |
| <b>3</b> | <b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....  | 43 |
| 3.1      | TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM .....  | 43 |
| 3.2      | CENÁRIO DO ESTUDO.....  | 44 |
| 3.3      | PARTICIPANTES DA PESQUISA.....  | 47 |
| 3.3.1    | Critérios de Inclusão e de exclusão.....  | 48 |
| 3.4      | COLETA DE DADOS .....   | 48 |
| 3.5      | PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....   | 49 |
| 3.6      | ASPECTOS ÉTICOS.....  | 51 |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS</b> .....   | 53 |
| 4.1      | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....   | 53 |
| 4.2      | CLASSES.....  | 56 |
| 4.2.1    | Classe 1 - O processo de mudança na ampliação da Estratégia Saúde da Família..... | 58 |
| 4.2.2    | Classe 2 - Enfrentamentos e potencialidades na ampliação da ESF.....              | 61 |
| 4.2.3    | Classe 3 - A mobilização para a mudança.....                                      | 63 |
| 4.2.4    | Classe 4 - A inovação na consulta médica e na do enfermeiro .....                 | 65 |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 4.3      | COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MUDANÇA.....                                      | 67         |
| <b>5</b> | <b>DISCUSSÃO.....</b>   | <b>68</b>  |
| 5.1      | CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....   | 68         |
| 5.2      | O PROCESSO DE MUDANÇA NA AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....  | 70         |
| 5.3      | ENFRENTAMENTOS E POTENCIALIDADES NA AMPLIAÇÃO DA ESF..  | 74         |
| 5.4      | A MOBILIZAÇÃO PARA A MUDANÇA .....  | 79         |
| 5.5      | A INOVAÇÃO NA CONSULTA MÉDICA E NA DO ENFERMEIRO.....   | 85         |
| <b>6</b> | <b>COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA..</b> | <b>96</b>  |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>106</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>109</b> |
|          | <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>125</b> |
|          | <b>ANEXOS .....</b>   | <b>130</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde avançou ao longo das últimas décadas. Pode-se afirmar que as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) colaboram significativamente para o seu fortalecimento. Essas ações visam influenciar a vida do indivíduo e da coletividade, a fim de contribuir para a sua autonomia, nos determinantes e condicionantes de saúde, na promoção e proteção à saúde, para prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar e reduzir danos ao realizar a sua manutenção (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

A Atenção Primária serve de entrada para o sistema de saúde, que coordena e integra os diferentes serviços, e oferece uma atenção voltada à pessoa e para a maioria das condições, e não direcionada à doença. Caracteriza-se por oferecer a prevenção, cura e reabilitação a fim de “maximizar a saúde e o bem-estar”, além de considerar o contexto da pessoa (STARFIELD, 2004, p.28).

No Brasil, a política da Atenção Primária é resultado da construção e experiência do conjunto de atores envolvidos; entre eles, usuários, movimentos sociais, trabalhadores e gestores. Entre as ações que caracterizaram a trajetória da Atenção Primária na década de 1990, está a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como o Programa Saúde da Família (PSF) e sua inclusão na agenda das políticas públicas. O programa foi reconhecido como uma estratégia, a fim de contribuir com a reorientação do modelo assistencial, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A família é o seu objeto de atenção, e a organização dos serviços e o processo de trabalho passaram a ser norteados por novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

Atualmente, as diretrizes e normas da Atenção Primária são referenciadas pela Portaria nº 2488/2011 – que também define as funções da Rede de Atenção à Saúde, as responsabilidades do governo, a infraestrutura e funcionamento, a implantação e credenciamento das equipes, o financiamento, entre outros. Referente ao seu funcionamento, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>1</sup> define algumas especificidades para a equipe. Entre elas, a composição mínima, o número

---

<sup>1</sup> Nessa pesquisa optou-se pelo termo Atenção Primária para padronizar a linguagem. O termo Atenção Básica é usado ao referenciar a Política Nacional de Atenção Básica.

de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como o total de equipes de saúde da família para as Unidades de Saúde (US), definido pelo número de pessoas do território delimitado e pelo grau de vulnerabilidade dessas famílias. Além de estabelecer as normas para a implantação e credenciamento dessas equipes, que abrange a realização de um projeto e sua aprovação, e a inclusão das equipes no sistema de cadastro nacional, entre outras ações (BRASIL, 2012).

A prática da integralidade do cuidado, para atender as necessidades dos indivíduos, é um dos grandes desafios para a equipe multiprofissional. Demanda capacidade de trabalho em equipe e não em grupo, integração entre o atendimento da demanda espontânea com as diversas áreas programáticas, atuação na prevenção de agravos e promoção da saúde, bem como a provisão de serviços de tratamento e reabilitação. Inclui ações de interação com a população e de âmbito intersetorial (BRASIL, 2011a).

Entre as características da equipe multiprofissional estão o estabelecimento de vínculos e compromissos em parceria com a população, a orientação para o controle social, a utilização do sistema de informação para orientar a tomada de decisão e a articulação intersetorial para intervir nas condições de vida e saúde individual e coletiva (LERMEN JUNIOR; NORMAN, 2013).

Segundo Backes *et al.*(2012), o empenho do enfermeiro na identificação das necessidades do cuidado, como também a sua atuação na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS têm sido evidenciados. As autoras destacam o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) pelas atividades interativas e integradoras do cuidado, o qual contribui na busca de estratégias cada vez mais eficazes e resolutivas para o cuidado integral em saúde, e na integração dos diversos saberes profissionais, dos usuários e da população.

O município de Curitiba aderiu à ESF em 1996, no entanto, no início da década de 1990 já havia assistência à saúde da família realizada por uma equipe multiprofissional, que incluía ações de prevenção e práticas consideradas inovadoras naquele contexto. Ao longo desses anos, o número de equipes de saúde da família aumentou; no início do ano de 2013 eram 229 equipes, compostas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e ACS, e 172 equipes de saúde bucal, com dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal. A cobertura populacional atendida por essas equipes era de 47% (CURITIBA, 2013a).

Para ampliar a ESF e fortalecer a Atenção Primária, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), Curitiba propôs-se a aumentar para 566 equipes de Saúde da Família em Unidades de Saúde (US) tradicionais<sup>2</sup> e em Unidades de Saúde da Família, coordenada pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). Em abril de 2013, o Conselho Municipal de Saúde aprovou o credenciamento de mais 328 equipes junto ao MS com o objetivo de ampliar a cobertura de 47% para 100% da população (CURITIBA, 2013a).

Na proposta de dar continuidade na ampliação das equipes de saúde da família, nas US, a partir de 2013, optou-se por inscrever a equipe mínima, conforme possibilidade descrita na PNAB (BRASIL, 2012). Nas ampliações anteriores, todos os profissionais de saúde das US foram cadastrados nas equipes de saúde da família no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e essa configuração é mantida para essas equipes.

Outras ações previstas que visam à ampliação do acesso, qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde do SUS-Curitiba foram planejadas, entre as quais estão: a reorganização do processo de trabalho para que a população seja avaliada pela sua equipe de referência; a reorganização da agenda do enfermeiro e do médico com aumento na disponibilidade de consultas do dia ou no máximo em 48 hs; a ampliação do horário de funcionamento até às 22h, de segunda à sexta-feira, inicialmente em uma US de cada Distrito Sanitário (DS); ampliação de formas de agendamento de consultas e procedimentos (por telefone, e-mail ou outras), ampliação da carteira de serviços (CURITIBA, 2014a; CURITIBA, 2014b).

A ampliação da ESF em unidades que não tinham nenhuma equipe nesses moldes iniciou em oito US de seis DS no primeiro semestre do ano de 2013. Dessas oito US, cinco ampliaram o horário de atendimento até às 22 horas com o objetivo de melhorar o acesso à população, fortalecer o vínculo e dar continuidade ao cuidado, bem como diminuir a demanda de atendimentos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Essa ampliação gera mudanças estruturais e organizacionais, as quais demandam competências gerenciais, tanto para o seu planejamento, como para a sua execução. A atividade gerencial do processo de mudança aponta para reflexões

---

<sup>2</sup> Unidades de Saúde tradicionais são as Unidades de Saúde que não têm a Estratégia Saúde da Família implantada.

sobre a aplicabilidade da teoria na prática e conhecimentos, para que não seja baseada na intuição ou no senso comum, mas fundamentada nos saberes científicos, éticos e políticos necessários ao exercício profissional (WOOD JUNIOR, 2009).

Na análise das ações na Atenção Primária na perspectiva das competências gerenciais do enfermeiro, destacam-se o planejamento do trabalho, o fomento de um ambiente de trabalho produtivo, o desenvolvimento dos funcionários, a constituição de equipes, a utilização da comunicação eficaz, o gerenciamento do desempenho e o convívio com a mudança (KAWATA *et al.*, 2011).

A enfermagem está qualificada para integrar e fomentar ativamente os princípios do sistema de saúde vigente, sobretudo, nas atividades interativas e gerenciais, as quais requerem envolvimento, sistematização e comprometimento com as reais necessidades da população (BACKES *et al.*, 2012). Portanto, o enfermeiro mesmo na função assistencial, desenvolve atividades gerenciais no trabalho da equipe multiprofissional, e exerce um papel fundamental no processo de mudança da estrutura e do processo de trabalho, como ocorre na ampliação das equipes de saúde da família.

Dessa forma, o gerenciamento das mudanças requer o desenvolvimento de competências relacionadas à negociação, resolução de conflitos, adaptação à nova realidade, coordenação do processo de trabalho, busca de alternativas criativas e úteis, entre outras tantas exigidas no dia a dia, de acordo com Quinn *et al.* (2012). Assim, serão utilizadas na sustentação da análise dos dados, as competências gerenciais segundo o referencial de Quinn *et al.* (2012), propostas para promover a mudança e estimular a adaptabilidade.

A motivação para a pesquisa surgiu a partir do cotidiano da pesquisadora, como enfermeira assistencial numa US, visto que as reações da equipe de trabalho quanto às mudanças, o gerenciamento de conflitos e o incentivo à participação do enfermeiro na atividade gerencial, constituem desafios, principalmente quando a implantação de mudanças no processo de trabalho é requerida.

Ao analisar o processo ampliação da ESF e identificar as competências gerenciais dos enfermeiros para implementar as mudanças necessárias, esta pesquisa justifica-se pelo suporte que pretende dar à educação permanente e assim,

contribuir na qualificação dos profissionais para a ampliação da ESF e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde.

Nesse contexto, formulou-se a seguinte questão norteadora: **quais as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros no processo de mudança na ampliação da Estratégia de Saúde da Família nas Unidades de Saúde tradicionais no município de Curitiba?**

## 1.1 OBJETIVOS

a) Analisar o processo de mudança na ampliação da Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde tradicionais no município de Curitiba.

b) Identificar as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros nesse processo de mudança.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta aspectos relacionados à organização da Atenção Primária à Saúde, entre eles, os modelos assistenciais, a Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, a organização do trabalho da equipe multiprofissional e as competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família.

### 2.1 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ao longo da história, os sistemas de saúde, as organizações, as diversas corporações de trabalhadores e sua valoração social têm sido permeados por vários modelos assistenciais. A análise e comparação de sistemas de saúde existentes, ou que já existiram em diferentes localidades é possível, não só baseada nos arranjos institucionais e organizacionais, como também nos pensamentos e paradigmas científicos que sustentam esses modelos (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Segundo Paim (2008a, p.548), o modelo assistencial ou de atenção à saúde, é uma “representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no que tange à prestação da atenção, a identificação de seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas...”, as suas ações. Consiste em combinar as tecnologias a fim de resolver os problemas e atender as necessidades de saúde individuais e coletivas. Não significa que deve ser algo exemplar e único.

No Brasil, no início do século XX, observaram-se algumas peculiaridades referentes à atenção à saúde, como a preocupação pelo saneamento dos portos, cidades, controle das epidemias e endemias e a construção e manutenção dos hospitais pela filantropia durante o período imperial. Nesse período houve o período conhecido como sanitarismo campanhista, caracterizado pelas campanhas sanitárias. Já na área hospitalar, a especialização relacionada às doenças infecciosas e saúde mental ocorreu tanto na filantropia como no setor privado (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

O hospital e a centralidade da figura do médico ocuparam os sistemas de saúde, focados na assistência aos doentes, durante quase todo o século XX. Nas décadas de 1970 e 1980, o aumento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços em função da política adotada pela maioria dos países ocidentais, bem como a elevação dos custos com a assistência hospitalar mais especializada e dependente de equipamentos, aumentaram significativamente as despesas com a saúde (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Na década de 1980, os excessivos gastos na utilização do hospital e o aumento dos aposentados em relação aos contribuintes da previdência social, as inquietações quanto à capacidade dos hospitais ou sistemas de saúde no atendimento às necessidades da população, favoreceram os questionamentos relacionados aos modelos adotados de assistência à saúde (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Algumas iniciativas políticas foram influenciadas pela concepção de integrar ações preventivas e curativas, porém, o princípio da integralidade tornou-se mais explícito no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher na década de 1980. Esse princípio, inserido na Constituição, na Lei Orgânica de Saúde e nas Normas Operacionais do SUS evidencia certa relação com a evolução no debate sobre modelos assistenciais, com defesa da Atenção Primária por alguns autores (PAIM, 2008a).

No Brasil, dois modelos de atenção convivem contraditoriamente ou de forma complementar: o modelo médico hegemônico, que é voltado à demanda espontânea e o modelo sanitarista, que atende às necessidades que nem sempre são expressas pela demanda, não observa o princípio da integralidade e não está coerente com a doutrina da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008a).

A privatização da assistência médica, predominantemente curativa, a atenção gerenciada tendo a saúde/doença como produto mercadológico, as campanhas sanitárias e os programas especiais são alguns modelos de atenção hegemônicos. Os inúmeros programas e projetos focados em determinadas doenças e grupos se sobrepõem e não consideram a integralidade do cuidado (PAIM, 2008a).

Dentre os componentes do modelo sanitarista subalterno ao modelo hegemônico, integram o PACS e o PSF, que repercutiram significativamente de forma positiva na década de 1990. O PSF foi integrado ao PACS e previa equipes de

saúde para uma determinada população adscrita, executando ações nas US e fora delas, com foco em atividades educativas de prevenção de riscos e agravos, priorizando ações para determinados grupos (PAIM, 2008a).

Alegando-se que o PSF não tinha as características dos demais programas de saúde que intervinham verticalmente e paralelamente às atividades dos serviços de saúde, ele foi redefinido como uma estratégia para reorientar a Atenção Primária. Essa estratégia integraria, promoveria a organização das ações num determinado território e substituiria a forma tradicional da rede básica com o uso de alta complexidade tecnológica relacionada ao conhecimento, habilidades e mudanças de atitudes. Assim, o PSF apresentado para realizar mudanças, de aproximação às propostas de vigilância em saúde relacionadas à identificação e quantificação dos riscos, organização da oferta e acolhimento – transformou-se em estratégia (PAIM, 2008a; CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Destaca-se ainda que, ao nortear o processo de trabalho da equipe na ESF a partir das necessidades de saúde, parte-se do pressuposto de que a contextualização deste sujeito social, histórico e político é fundamental, tal como a sua família, sociedade em que vive e o meio ambiente. O cuidado remete-se não apenas ao ser humano na sua individualidade, como também à coletividade. No entanto, o estudo realizado por Graziano e Egry (2012) aponta para uma realidade do processo de trabalho no qual a assistência prestada segue um modelo biologicista, médico centrado, individual e curativista, embora, nos discursos, tenha emergido uma concepção das necessidades de saúde na qual se considerou o seu contexto social.

Paim *et al.* (2011), apontam para a necessidade de transitar de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para outro que contempla a intersectorialidade e a integração dos serviços, considerando que os determinantes sociais influenciam significativamente a saúde da população. Enfatizam a necessidade de atuar nas causas que afetam a saúde e assim adotar modelos de maior abrangência, o que implica em vencer dificuldades inerentes ao contexto vivenciado.

Em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, desenvolveu-se o movimento da Atenção Primária à Saúde e de promoção à saúde após a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978, com a Declaração de Alma-Ata. A Atenção Primária à Saúde foi definida como uma assistência sanitária para a

qual todos os indivíduos e famílias da comunidade teriam acesso, orientada de acordo com os problemas da comunidade, e que seria o primeiro nível de contato com o sistema de saúde (OMS, 1978; LERMEN JUNIOR; NORMAN, 2013).

Em 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) revisou a Atenção Primária, definindo um espectro de “Valores, Princípios e Elementos Essenciais” de um sistema de saúde baseado na APS, que destaca a solidariedade e a equidade como valores fundamentais (OPAS, 2008).

A Atenção Primária é estruturada de diferentes formas nos países com sistemas de saúde universais, e sofre influências externas e internas, ideológicas, políticas, econômicas e por interesses multinacionais. No entanto, a do Brasil e desses países têm princípios em comum, quanto ao primeiro contato, coordenação, integralidade e longitudinalidade (PATIÑO; TORRES; PATIÑO, 2013; BRASIL, 2011a).

A expressão Atenção Primária à Saúde utilizada em outros países foi traduzida para o português como Atenção Básica à Saúde (ABS). Os dois termos, primária ou básica, como uma definição “conservadora”, denotam um sentido elementar, a mínima condição para manter a saúde individual e/ou coletiva e a necessidade de encaminhamento para serviços especializados, a fim de resolver situações de maior complexidade, uso de tecnologias simples e na qual a qualificação técnica é simplificada (VECCHIA, 2012; BRASIL, 2011a).

Como definições “renovadoras” para a APS são citadas a resolutividade para a maioria das situações, como estratégia para organizar os serviços sendo a base e coordenação para todo o processo de atenção à saúde. Também justifica o uso desse termo como “princípio que norteia as ações do sistema de saúde de modo a organizar e racionalizar o uso de recursos básicos e especializados na promoção, prevenção, manutenção e recuperação do estado de saúde.” (VECCHIA, 2012, p.92-93).

A história da Reforma Sanitária no Brasil, conduzida pela sociedade civil iniciou muito antes da criação do SUS, e continua através da sua consolidação ao longo das últimas décadas (PAIM *et al.*, 2011). Na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, marcada pela participação popular, foi proposta a criação de uma ação institucional relacionada ao conceito de saúde ampliado, que contempla a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2006). Suas propostas

foram consideradas na 8ª Constituição Brasileira, promulgada em 1988 (BRASIL, 2007a), que dispõe sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado, a constituição do sistema único e suas diretrizes, que compreendem a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, e têm sido fundamentais nessa evolução histórica do Sistema de Saúde (BRASIL, 2007b). Paim (2012) refere que a sociedade civil e os movimentos sociais originaram a reforma social que introduziu ao direito universal à saúde, e não o Estado, governo e partidos ou até mesmo organismos internacionais.

As propostas da 8ª CNS também culminaram na elaboração da Lei nº 8.080/1990, que define as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Essa Lei Orgânica de Saúde e a Constituição Federal de 1988 constituíram as definições legais para que o processo de implantação do SUS fosse iniciado de forma pactuada entre o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2011b).

A Atenção Primária está orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social e tem como principal foco à saúde da família. Tem a US como porta de entrada para o acesso com qualidade. O Brasil é o único país do mundo, com a maior população que tem acesso a um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2011a).

A Portaria nº 3925/1998 aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica no SUS que visava regular - no âmbito do SUS - a Atenção Primária, de acordo com o estabelecido na Norma Operativa Básica – SUS (NOB-SUS) 01/96 do qual o MS, CONASS e o CONASEMS contribuíram na elaboração. O manual contém a conceituação da Atenção Primária, as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores desse tipo de atenção; um elenco de ações, atividades, resultados e impactos esperados, que traduzem as responsabilidades descritas e as orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros que compõem a PNAB (BRASIL, 1999).

Após oito anos, foi realizada a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária para o PSF e PACS. A Portaria nº 648/2006 aprovou então a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007b). Atualmente a PNAB está regulamentada pela Portaria 2.488/2011 e avança no fortalecimento da Atenção Primária e na ordenação das Redes de Atenção. Entre as alterações está a mudança do financiamento federal, beneficiando os municípios mais pobres e menores, e a criação de um componente - que avalia, valoriza equipes e municípios - com repasse de recursos de acordo com os compromissos estabelecidos e resultados atingidos. Essas alterações visam combinar a equidade e qualidade (BRASIL, 2012).

A PNAB amplia as equipes de atenção para diferentes populações e realidades do Brasil, tais como os Consultórios na Rua e a ampliação do número de municípios que podem ter os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa política facilitou as condições para a criação das Unidades de Saúde Fluviais e ESF para as populações ribeirinhas. Progrediu também na intersetorialidade e ações de promoção à saúde, entre outras iniciativas (BRASIL, 2012).

Para expandir e consolidar a ESF, é fundamental que a (re) organização da atenção à saúde da população considere a observação dos fundamentos e diretrizes da Atenção Primária. Entre essas, está a territorialização para planejar e desenvolver ações intersetoriais de forma equitativa, possibilitar acesso universal e contínuo, acolhimento, vínculo, resolutividade e corresponsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população e tê-la como porta de entrada à rede de serviços. Propõe a realização do trabalho em equipe, de forma longitudinal, integral e a organização do processo de trabalho centrado no usuário e suas necessidades (BRASIL, 2012).

Os estudos demonstram o impacto positivo da Atenção Primária para a população, sobretudo, na ESF (SOUSA; HAMANN, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2011). Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem a Atenção Primária como foco para a sua operacionalização (BRASIL, 2011a). No entanto, vários estudos apontam para a sua incompletude, pois a forma de pensar e agir no dia a dia, nos diversos níveis não tem mudado o suficiente para reorientar a Atenção Primária (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

## 2.2 PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os princípios norteadores do SUS, definidos na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) e demais legislações que norteiam a atenção à saúde, visam o atendimento integral e de forma integrada dos diversos níveis de assistência ao usuário. A indissociabilidade entre as ações curativas, preventivas, promocionais e reabilitadoras é uma afirmação que merece ser analisada, bem como a complexidade do ato de cuidar. Não como sinônimo da utilização de equipamentos e técnicas sofisticadas, mas como a diversidade na construção da integralidade. Nessa perspectiva, o SUS prevê o trabalho da equipe multiprofissional, com a possibilidade de interação e horizontalização, contribuindo na desconstrução do trabalho hierarquizado e subalternizado, principalmente ao médico (PEREIRA *et al.*, 2009).

A fim de reorganizar a Atenção Primária no Brasil por meio da consolidação da ESF, a PNAB prevê o trabalho em equipe multiprofissional num território e população definida, programação das atividades de acordo com as necessidades da população, priorização de grupos de risco e fatores de risco. Além do acolhimento, assistência integral, contínua e organizada, desenvolvimento de ações intersetoriais, gestão participativa, o desenvolvimento de atividades educativas, entre outras ações (BRASIL, 2012).

A equipe mínima de trabalho - composta pelo enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, ACS, podendo ser acrescida pelo dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal - visa aumentar a resolutividade e impactar positivamente na saúde das pessoas, além de melhorar a relação entre o custo e a efetividade da ação. Essa equipe tem suas especificidades e atribuições definidas pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2012).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, visam a prática multiprofissional integrada (BRASIL, 2012). Portanto, o trabalho da equipe torna-se desafiador no avanço da interdisciplinaridade. Ao interligar o conhecimento de diferentes profissionais, busca-

se complementar saberes para atender às necessidades do usuário (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Ao ampliar a ESF em US tradicionais com o objetivo de reorientar o modelo de atenção para atender às necessidades da população, faz-se necessário (re)organizar o processo de trabalho das equipes de trabalho, bem como vincular as famílias a uma equipe, entre outras mudanças. Além disso, deve-se ressaltar ainda o desenvolvimento e a integração de um conjunto de competências gerenciais para que se possa ter êxito nesse processo de mudança (QUINN *et al.*, 2012).

### 2.2.1 Atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde

A prática do enfermeiro pode ser analisada a partir de várias dimensões como da educação, do cuidado, gerenciamento, pesquisa, ética e política. Ações afins são evidenciadas ao analisar o processo de trabalho nas suas diversas áreas de atuação.

O exercício da profissão é regulamentado pela Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986), mas o primeiro ato normativo na enfermagem foi o Decreto Federal 791 de 1890, que legislava sobre o ensino da Enfermagem no Brasil. Ao analisar as legislações referentes à enfermagem ao longo das décadas, observou-se que os interesses econômicos e políticos direcionaram a sua elaboração, promovendo um modelo biologicista, hospitalocêntrico, focado nas tarefas femininas ditadas pela sociedade e de subserviência médica, predominantemente voltada à formação profissional. Embora houvesse um período em que os interesses governamentais visassem à saúde pública, até a década de 1940 o currículo permaneceu focado na assistência hospitalar (KLETEMBERG *et al.*, 2010).

Apesar da legislação referente à enfermagem até a década de 1950 tenha sido direcionada predominantemente ao ensino, em 1955, a Lei nº 2.604/55 regulamentou o exercício profissional, à qual atribuiu a assistência, gerência e o ensino ao enfermeiro (BRASIL, 1955). No entanto, prevaleceu a gerência em detrimento à assistência, ressaltando a divisão intelectual e manual do processo de

trabalho, portanto, a prática assistencial ficou sob responsabilidade do auxiliar de enfermagem.

Na década de 1960, a utilização do método científico valorizou a importância da assistência realizada pelo enfermeiro. A regulamentação da Lei do Exercício Profissional que ainda vigora afirma que é atribuição do enfermeiro a prescrição e a consulta de enfermagem, reforçando o embasamento científico da profissão, além de delimitar as atribuições de cada categoria profissional (BRASIL, 1986).

De acordo com Pereira *et al.* (2009), nas décadas de 1970 e 1980, as atividades de supervisão, administração e controle foram mais evidenciadas, assim como as assistenciais voltadas a subsidiar o trabalho médico. Persistia a divisão técnica do trabalho, sendo o enfermeiro o mentor e o auxiliar de enfermagem o executor da assistência.

No entanto, nas décadas de 1980 e 1990 iniciou-se o incentivo ao uso de sistemas de classificação ou taxonomias, tais como a taxonomia da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA), a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE), dentre outras, além do desenvolvimento e validação da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) pela Associação Brasileira de Enfermagem (NÓBREGA *et al.*, 2010; CARVALHO *et al.*, 2012a).

Embora a legislação perpetue a divisão do trabalho e a população ainda identifique os que cuidam como enfermeiros, independente da categoria profissional e da forma que a executam, Backes *et al.* (2012) apontam para a ESF como uma possibilidade ao enfermeiro se fazer (re)conhecer como autor da assistência de enfermagem, inserido numa equipe multidisciplinar, de forma a contribuir significativamente na consolidação do Sistema Único de Saúde.

A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, prevista na Lei nº 7.498/86, contribui para a concretização da assistência na Atenção Primária com a aplicação dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e resolutividade na atenção à saúde. A Resolução 159/1993 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a consulta de enfermagem (BRASIL, 1993). O histórico, o planejamento, a implementação da assistência e avaliação são etapas que devem ser utilizadas em todos os locais nos quais ocorre o cuidado desse profissional e que dependendo do ambiente, também é denominado de consulta.

A valorização da atividade gerencial do enfermeiro no processo de formação e consequente atuação, está pautada na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) que norteia a elaboração da proposta curricular. Entre as seis competências gerais descritas para serem desenvolvidas durante a graduação, cinco são caracterizadas como de gerenciamento, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

No processo de formação de um enfermeiro crítico, reflexivo e ativo, há de se buscar estratégias para que, ao ser confrontado com a função gerencial, utilize as competências gerenciais. Com o intuito de prepará-lo para a atuação no SUS, várias iniciativas visam à integração entre serviços de saúde e instituições formadoras; dentre elas, está o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Ele visa à “reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população” (BRASIL, 19/8/2013).

No entanto, não se pode considerar que o processo de formação se limita à educação formal, nem que a utilização de regras, metas e planos preestabelecidos seja a única forma para a resolutividade. De acordo com Santos e Miranda (2007), dada a complexidade social, a inovação, criatividade e parceria são maiores possibilidades para promover a saúde na Atenção Primária, sob a ótica da gestão neste nível de assistência.

Na Atenção Primária, a gestão do serviço, o gerenciamento da equipe de enfermagem e multiprofissional, bem como do próprio cuidado, fazem parte da prática do enfermeiro. Considerando o gerenciamento de uma US, André, Ciampone e Santelle (2013), apontam as competências para a gestão eficiente e eficaz, a responsabilidade ética e social, a gestão de mudanças e conflitos, a comunicação eficaz e a visão sistêmica. Também enfatizam a importância de revisar a formação acadêmica, para que seja alinhada ao contexto atual e que promova uma atuação eficiente no trabalho aliado à auto realização.

A formação do enfermeiro, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), propõe o desenvolvimento de competências para atuar na produção e difusão do conhecimento, por meio da pesquisa, a fim de aprimorar a prática profissional (BRASIL, 2001). A pesquisa sustentada pela qualidade e relevância,

serve de apoio à prática para operar mudanças, atualmente impulsionada por maior conhecimento político-social, como a participação e humanização, conceitos como integralidade, equidade e universalidade. No entanto, observa-se uma lacuna entre a pesquisa e a prática profissional.

Segundo Paim *et al.* (2010), o caminho para mudar esse contexto inicia pela intencionalidade e decisão política para promover a divulgação das pesquisas. Portanto, a materialização dos achados da investigação científica para a prática profissional e a aproximação do enfermeiro assistencial para a realização de pesquisa são desafios atuais no cotidiano do enfermeiro independente da área de atuação.

As pesquisas e discussões sobre a dimensão política da enfermagem avançaram nos últimos anos. Outras dimensões tais como o cuidado, a educação e o gerenciamento facilmente evidenciados na prática, não podem ofuscar a importância da atividade política como instrumento de poder profissional e a sua utilização no compromisso social (KLETEMBERG; PADILHA, 2012).

Na Atenção Primária, de acordo com Backes *et al.* (2012), o enfermeiro é caracterizado e reconhecido por compreender o ser humano na sua integralidade, e também por prestar assistência integral após o acolhimento e identificação das suas necessidades e expectativas, tanto individuais como coletivas. É capaz de integrar usuários, equipe e comunidade; fazer o vínculo com a pessoa sem interferência das condições econômicas, culturais ou sociais. Integra os diferentes saberes profissionais, dos usuários e da comunidade e busca a otimização das intervenções de cuidado.

### 2.3 PROCESSO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL

As organizações estão inseridas num mundo que está em constante mudança nas áreas sociais, econômicas, políticas e tecnológicas, o que também demanda alterações e reestruturações nas próprias organizações (WOOD JUNIOR, 2009). Elas são significativas, planejadas, imaginadas e preparadas pela gerência ou

administração superior, caracterizadas por certa abrangência e profundidade, compreendidas como a busca do ponto de equilíbrio (ARAUJO, 2011).

Diante desse conceito, a implantação da ESF em uma US que desenvolve suas atividades de atenção à saúde é considerada uma mudança organizacional. O processo de trabalho da equipe deve ter o seu foco ampliado para atender não só as situações agudas, mas também as crônicas, a promoção e manutenção da saúde. Dentre as atribuições da equipe, a flexibilidade das tarefas, respeitando os limites de cada categoria profissional, deve ser considerada (BRASIL, 2011a).

Embora a ESF já tenha sido implantada em muitas US, que contam com a presença de equipes multiprofissionais, as ações que visam a integralidade e a desconstrução da fragmentação da assistência ainda precisam ser melhor compreendidas pela equipe de trabalho. Neste sentido, são temas desafiadores e relevantes na educação permanente (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

As mudanças organizacionais podem ser categorizadas em estruturais, ligadas aos princípios da Escola de Administração Clássica, a mais evidenciada, em comportamentais, com predomínio das características da Escola de Relações Humanas. Estas envolvem valores ético-humanistas e conceitos da filosofia, da sociologia e da política que contribuem na sua condução, e têm sido prescritas com maior ênfase (WOOD JUNIOR, 2009). Araújo (2011) acrescenta ainda aos componentes - estruturais e comportamentais - os de cunho tecnológico (equipamentos e conhecimento) e estratégico.

Para a implantação da ESF, as mudanças relacionadas à estrutura física, materiais e equipamentos são importantes. Guedes, Santos, Di Lorenzo (2011) acrescentam ainda o estabelecimento de pactos com os profissionais de saúde, fundamentados no vínculo com o usuário e a população, para que as intervenções realizadas sejam benéficas.

A compreensão da realidade organizacional é fundamental, tanto nos seus elementos formais - tais como organogramas, regulamentos, manuais de técnicas e procedimentos, entre outros - como nos informais, que não são visualizados por meio de documentos e outras formas concretas, dentre os quais estão a cultura e o poder (KURCGANT; MASSAROLLO, 2012).

A cultura organizacional está relacionada às mudanças comportamentais, e a partir da década de 1980 começou a ser mais abordada. Conhecimentos

antropológicos servem de base e o entendimento da cultura de um grupo requer uma compreensão do “significado e percepções e ações de seus membros” (AIDAR, *et al.*, 2009, p.37). Os autores acrescentam a importância de considerar o contexto social e cultural na gestão organizacional, a inserção do meio ambiente como influenciador nos “valores, atitudes e comportamentos das pessoas” o que reflete nos “processos decisórios e nas formas de gestão” (p.56). Kurcgant e Massarollo (2012) citam o conjunto de convicções, objetivos, normas, rituais e a forma de resolver os problemas pela equipe ao conceito de cultura organizacional, e que espelha os objetivos e valores da organização.

Nas últimas décadas, a cultura organizacional refere-se ao clima da organização e às práticas desenvolvidas nos aspectos de liderança, valores e credo. É abstrata e dinâmica, de alguma forma invisível, evidenciada por meio dos comportamentos. Seu conceito é útil na medida em que contribui para o entendimento de aspectos invisíveis e complexos, seja nos grupos e/ou organizações e requer um aprofundamento no seu estudo (SCHEIN, 2009).

Compreender o conceito de cultura na organização e suas diferenças contribui para entender e justificar os diferentes comportamentos na vida organizacional, ao se deparar com a resistência à mudança, problemas de comunicação, conflitos interpessoais relacionados aos próprios gerentes, bem como aos seus subordinados. Esses aspectos, que diferem tanto entre organizações e dentro seus grupos, também levam ao entendimento mais profundo da dificuldade de mudar fenômenos evidenciados (SCHEIN, 2009; KURCGANT; MASSAROLLO, 2012).

Ao descrever a formação da cultura de um grupo, Schein (2009) afirma que uma das formas é a cultura originada a partir de um líder que impõe suas visões, metas, crenças, valores pessoais a um grupo, e determina como as coisas devem acontecer. Essa imposição pode produzir confiança neste líder e a partir do sucesso do resultado da tarefa, os valores e as crenças serão reconhecidos e compartilhados. Sua conclusão será de que “esta é a forma correta” de pensar, sentir e agir. Se não tiver sucesso, o grupo fracassará ou buscará outro líder que levará as suas crenças e valores, podendo ser aceitas e gradativamente consideradas verdadeiras.

De acordo com Schein (2009), a cultura consiste numa aprendizagem acumulada e compartilhada por um determinado grupo, envolvendo aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos dos seus membros. Os valores que se tornam inegociáveis e compartilhados são aprendidos ao longo do processo de resolução dos problemas para sobreviver, crescer e se adaptar ao ambiente externo e de integração interna no seu funcionamento, adaptação e aprendizado. Esse padrão de pensar, agir e sentir frente aos problemas persiste no ensinamento aos novos membros do grupo.

A formação da cultura é influenciada pelos valores que trazemos de nossos outros grupos e que se almeja a padronização e integração nesse processo. Para chegar à essência da cultura, uma análise mais profunda faz-se necessária, e consiste em chegar às suposições básicas do grupo e decifrar o seu inter-relacionamento. Essas suposições são valores inegociáveis que caracterizam os membros do grupo, inclusive de uma mesma profissão, evidenciando subculturas, portanto, a cultura pode ser fragmentada ou diferenciada dentro da organização (SCHEIN, 2009).

Peduzzi *et al.* (2011) apontam que a promoção da mudança da cultura institucional é utilizada como instrumento para fomentar o trabalho em equipe, pois nas situações cotidianas no trabalho, os seus membros expressam as crenças, valores, tradições e pré-interpretações.

Há de se considerar que nem todos os comportamentos manifestados pelos membros estão relacionados à cultura do grupo, portanto, a maneira de se comportar não serve de base para evidenciá-la (SCHEIN, 2009). Também não se pode considerar o comportamento a única categoria da qual depende o sucesso da mudança (ARAÚJO, 2011).

As organizações que adotam um modelo mecanicista possuem dificuldade de se adaptar às mudanças porque não são planejadas para inovar, mas para atingir objetivos pré-determinados. As pessoas são valorizadas pela sua eficiência em circunstâncias estáveis. No entanto, quando essas condições mudam, as organizações planejadas nesses moldes têm dificuldades e precisam desenvolver a capacidade de questionar e mudar suas ações para se adaptar em novas situações. Nessas circunstâncias, flexibilidade e criatividade soam mais importantes do que a eficiência, pois é melhor fazer o certo do que fazer bem o errado (MORGAN, 2011).

Para realizar a mudança, faz-se necessária a definição dos processos, bem como a sua aplicação. A dificuldade de sua implantação é maior do que desenvolver suas estratégias, no entanto, gradativamente as organizações adotam uma postura mais ativa nesse processo. Vários modelos de intervenção organizacional têm sido propostos, os quais seguem uma sequência lógica iniciada pelo “estudo dos fundamentos conceituais, criação do grupo de intervenção, análise do sistema organizacional, diagnóstico do problema ou formulação dos objetivos, estruturação do plano de ação e implementação” (WOOD JUNIOR, 2009, p.14).

## 2.4 REFERENCIAL DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS E O PROCESSO DE MUDANÇA

O conceito de competência permeia os diferentes cenários. Zarifian (2001) adotou essa temática desde a década de 1980, e refere que ela se desenvolve em oposição ao modelo prescritivo. Assim, abre-se espaço para autonomia e automobilização na organização do trabalho, o que implica numa mudança de comportamento.

A competência profissional manifesta-se na maneira como as situações profissionais são enfrentadas, ao ter iniciativa e assumir responsabilidades. Apoiar-se em conhecimentos que se transformam no decorrer do enfrentamento das diversas situações. As competências individuais, em situações complexas, podem ser ampliadas para uma rede de atores que as disponibilizarão para uma ação coletiva de forma que assumam a corresponsabilidade (ZARIFIAN, 2001).

Conforme estabelecido pela PNAB (BRASIL, 2012), uma das atribuições do enfermeiro na Atenção Primária é a atividade gerencial da equipe multiprofissional. Paula *et al.* (2013) apontam que dentre as competências gerenciais do enfermeiro em sua atuação na ESF, as mais desenvolvidas são a comunicação, necessária na interligação de todo o processo gerencial e a liderança, que foca no gerenciamento de pessoas, no tempo e na negociação. Também citam a tomada de decisão para o planejamento das ações e a educação permanente.

Kawata *et al.* (2011) descrevem as seguintes competências gerenciais evidenciadas pelos enfermeiros em US com equipes de saúde da família: supervisão para o controle de atividades e de pessoal e para a educação dos trabalhadores, trabalho em equipe, desempenho no controle social; porém, ressaltam a dificuldade de promover maior participação no processo de gestão, planejamento e avaliação. Também se referem à organização do trabalho para a produção do cuidado e à coordenação e planejamento do trabalho.

Frente ao processo de mudança em uma US tradicional para saúde da família, faz-se necessário refletir sobre as competências gerenciais no processo de mudança. As competências referenciadas que sustentam a análise dos dados são de Quinn *et al.* (2012). Os autores atuam nos Estados Unidos e estiveram envolvidos na pesquisa para dar forma à metateoria e aplicaram este conhecimento na formação de estudantes e no desenvolvimento de competências de gestores no setor público e privado. Propõem a estrutura de valores concorrentes e as competências gerenciais necessárias na organização a partir das perspectivas competir, criar, controlar e colaborar, também denominados imperativos de ação, como resultado de pesquisa e experimentação educativa de quase 50 anos. De dois estudos principais com gestores praticantes derivaram mais de 250 competências e que após análise foram associadas à estrutura de valores concorrentes.

A estrutura de valores concorrentes tem como um dos seus pressupostos de que comportamentos vistos inicialmente como paradoxais, não precisam ser excludentes, mas podem ser utilizados em diferentes situações ao mesmo tempo. Essa estrutura utiliza quatro modelos de gestão elaborados ao longo das décadas. O modelo da meta racional tem o foco na produtividade e lucro e tem em Taylor, o pai da gestão científica, seus fundamentos. O modelo de processo interno fundamenta-se nos trabalhos de Weber e Fayol e a estabilidade e continuidade são os critérios de efetividade. O modelo das relações humanas enfatiza a participação, resolução de conflitos e a criação de consensos como seus valores principais e o compromisso, coesão e moral como critérios de efetividade. Após este modelo, emergiu o de sistema aberto fundamentado na teoria da contingência, cujos principais critérios são o da adaptabilidade e suporte externo (QUINN *et al.*, 2012).

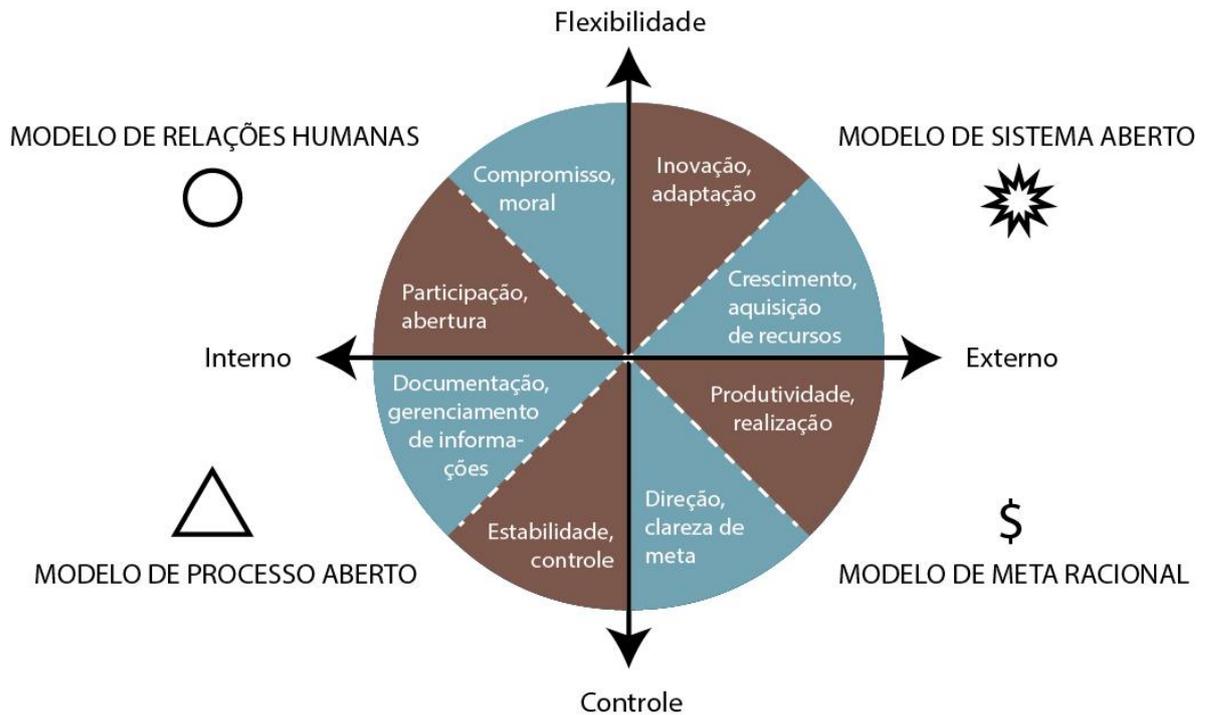


FIGURA 1 - MODELOS DE ORGANIZAÇÃO NA ESTRUTURA DE VALORES CONCORRENTES  
 FONTE: QUINN *et al.* (2012, p.15)  
 NOTA: AUTORIZAÇÃO DA EDITORA PARA USO DE IMAGENS (ANEXO 1)

Esses quatro modelos de gestão diferentes foram integrados, embora pareçam conflitantes. De acordo com o foco central de ação de cada modelo, cada um foi rotulado com um imperativo de ação, conforme denominado pelos autores: **criar**, para o modelo de sistema aberto, **competir**, para o de meta racional, **controlar**, para o de processo aberto/interno e **colaborar**, para o modelo de relações humanas. Portanto, a estrutura de valores concorrentes é assim denominada, pois o modelo de gerenciamento integrado utiliza critérios dos quatro modelos, inicialmente opostos (QUINN *et al.*, 2012).

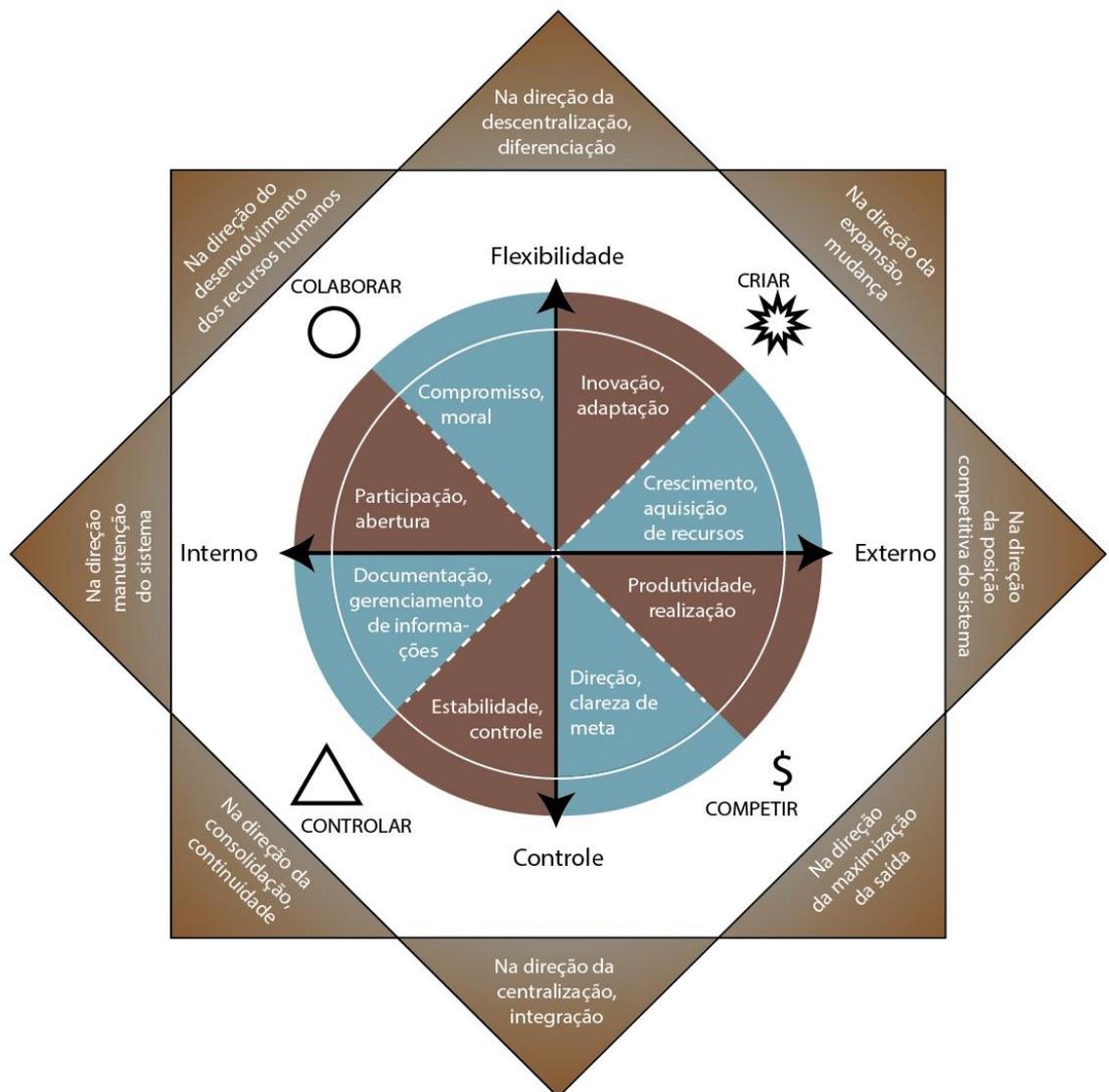


FIGURA 2 – IMPERATIVOS DE AÇÃO NA ESTRUTURA DE VALORES CONCORRENTES

FONTE: QUINN *et al.* (2012, p.17)

NOTA: AUTORIZAÇÃO DA EDITORA PARA USO DE IMAGENS (ANEXO 1)

Os mesmos autores afirmam que essa estrutura de valores concorrentes pode ajudar os gestores a aumentar sua efetividade e expandir suas perspectivas. Para tal, faz-se necessário avaliar as potencialidades e fragilidades de cada modelo, adquirir e usar as competências específicas de cada um e integrá-las conforme a situação encontrada. Quinn *et al.* (2012, p.18) alertam de que “só o conhecimento não é suficiente.” É necessário avançar e ser capaz de utilizar as competências dos diferentes modelos, o que denominam de complexidade comportamental, termo criado por Hooijberg e Quinn em 1992.

As perspectivas de ação competir, controlar, colaborar e criar demandam competências específicas. Nesta pesquisa as competências gerenciais necessárias à perspectiva de criar são utilizadas como referenciais na ampliação da ESF, pois está relacionada à promoção da mudança na organização e o estímulo à adaptabilidade, e sugere a utilização de cinco competências gerenciais: usar o poder e a influência com ética e efetividade, patrocinar e vender novas ideias, estimular e promover inovação, negociar acordos e compromissos e implementar e sustentar a mudança. Refere que a competência é a “capacidade comportamental de agir apropriadamente utilizando o conhecimento previamente adquirido” (QUINN *et al.*, 2012, p.24).

A seguir, serão descritas essas cinco competências gerenciais. A primeira competência, a de **usar o poder e a influência com ética e efetividade**, está relacionada à identificação das fontes de poder e às diferentes táticas que podem ser usadas para influenciar os outros. O poder existe em nível de organização, de grupo ou equipe e também em nível individual ou pessoal. Pode ser conceituado como a capacidade de influenciar em direção de metas determinadas e é evidenciado por meio das políticas públicas, leis, regras e procedimentos, recompensas ou punições, desenvolvimento de metas e planos. No âmbito do grupo, pode-se influenciar por meio da força do conhecimento ou experiência, construção de coalizões com os que concordam com pontos de vista e metas. No nível individual, o poder manifesta-se quando o outro faz algo que não faria se não fosse pela influência de alguém; como, por exemplo, os gestores (QUINN *et al.*, 2012).

O poder pode originar-se de diversas fontes, tais como: a posição que ocupa na organização, a oportunidade oferecida, a riqueza no sentido de gerenciar ou controlar o dinheiro da empresa, o conhecimento ou a experiência que possam ser utilizados numa área ou situação específica, bem como o poder do relacionamento originado das características pessoais ou pela rede social. Embora na maioria das vezes seja visto como algo negativo, sua utilização na mobilização de pessoas e recursos, a fim de alcançar os objetivos institucionais pode ser positiva (QUINN *et al.*, 2012).

Segundo Kurcgant e Massarollo (2012, p.29), as formas mais participativas e compartilhadas no gerenciamento das organizações impulsionam para mudanças de paradigma, como aspectos valorativos e culturais dos quais emanam transformações

relacionadas ao poder. A flexibilidade e a descentralização, a mudança na estrutura hierárquica com o achatamento vertical e o alargamento horizontal caracterizam a estrutura formal. Na estrutura informal, há uma tendência de resistência às mudanças proativas. Enfatiza-se a importância “da contracultura e do contrapoder na transformação dessa realidade”.

Desenvolver a habilidade de relacionar-se é vital para o sucesso profissional bem como para a vida pessoal. Em alguns momentos, é necessário confrontar e ser firme, em outros, aberto e flexível para influenciar efetivamente. Algumas táticas são utilizadas para influenciar os outros: legitimar autoridade, apelo positivo, cooptação, compra/troca, pressão/coerção, apelo inspirador, apelo pessoal, agraciação, persuasão racional e formação de coalizão. No entanto, as táticas manipuladoras ou coesas debilitam a confiança e seu uso não é indicado. Ao focalizar nos resultados, a habilidade de relacionar-se, a capacidade de ouvir e aprender com o subordinado sinaliza segurança e autenticidade (QUINN *et al.*, 2012).

Quinn *et al.* (2012) refere como competência gerencial a de **patrocinar e vender novas ideias**. Para incitar visão do futuro alheia, faz-se necessário aprimorar a comunicação com foco no conteúdo e no estilo (como é) comunicado. As mensagens que visam construir confiança caracterizam-se como abertas, sinceras, honestas, confiáveis, críveis e plausíveis. Para estimular a mudança, as mensagens devem ser mais enfáticas, poderosas, enérgicas, perspicazes, que expandem a mente e ser visionárias. Quando fornecem fatos, devem ser rigorosas, precisas, controladas, focalizadas, lógicas e organizadas. Ao direcionar ações, as mensagens devem ser interessantes, estimulantes, cativantes, conclusivas, decisivas e orientadas à ação.

A comunicação e a interação mediam o processo de trabalho no dia a dia. Nessa interação, há de se compreender a inserção e a participação dos usuários e trabalhadores nas ações de saúde, com vistas à integralidade do cuidado e à resolutividade. Para o entendimento entre os atores envolvidos no processo de trabalho, dá-se a ação comunicativa (CARVALHO *et al.*, 2012b).

Segundo Machado, Colomé e Beck (2011), há necessidade de aprimorar a organização dos serviços de saúde, pois constataram dificuldades de comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção considerando a fragmentação da assistência prestada por cada um.

Na competência de **estimular e promover a inovação**, faz-se necessário considerar que ela vai um passo além do pensamento criativo; entretanto, nem toda ideia criativa leva a uma prática inovadora. Pode ser um produto, serviço ou melhoria, que não precisa ser necessariamente criado, mas a transposição de uma ideia para outro contexto também é algo inovador. A maioria delas não é realizada por uma pessoa, mas com a colaboração de um grupo (QUINN *et al.*, 2012).

A resistência à mudança, o medo de cometer erros e fracassar, a incapacidade de tolerar a flexibilidade, a prática de julgar constantemente e a dificuldade de relaxar e permitir a criação de novas ideias, a tendência à autocrítica excessiva, medo de parecer tolo, querer dar a resposta esperada, limitar as possibilidades de objetos e ideias aos seus usos conhecidos, a falta de informações ou irrelevantes e incorretas, são barreiras ao pensamento criativo (QUINN *et al.*, 2012).

A estimulação do pensamento criativo dos funcionários para resolver problemas, além de ser um fato motivador, pode aumentar a eficiência do setor devido à solução do problema (QUINN *et al.*, 2012). Para a mudança na área da saúde visando à inovação, deve-se focar mais no aprimoramento dos enfermeiros no relacionamento com os pacientes do que no investimento de equipamentos (KOWALSKI, 2013).

Campos *et al.* (2011), ao analisar as estratégias inovadoras adotadas em Atenção Primária, confirmam um melhor desempenho das US relacionado à integração dos ACS nas equipes, à melhor assistência prestada percebida pelos próprios trabalhadores e à facilidade de encaminhar e assistir os usuários na sua saúde mental.

**Negociar acordos e compromissos**, uma das competências para promover a mudança na organização, surge quando se precisa alguma coisa de alguém. É realizada pelo diálogo que consiste em compartilhar os pontos de vista para resolver as coisas; demanda respeito mútuo, objetivo e significado. Entende-se como significado: o envolvimento de cada parte para saber o que a outra está realmente dizendo. O diálogo é preliminar para a tomada de decisão, pois aumenta a quantidade de informações disponíveis e constrói senso de respeito e entendimento mútuo (QUINN *et al.*, 2012).

Para guiar uma negociação é importante separar as pessoas do problema e focar nos interesses e não nas posições, visando o ganho para todos, separado das necessidades de posição. Na mediação, o gerente também pode usar suas habilidades de negociação (QUINN *et al.*, 2012).

Pires (2011) aponta para a importância do fortalecimento político dos enfermeiros na sua atuação na ESF, visto que têm potencial para trabalhar em equipe e na organização dos serviços; no entanto, em seus discursos, evidenciam sua fragilidade política. É importante que o enfermeiro desenvolva autonomia no seu trabalho, promovida pelo desenvolvimento da politicidade na profissão, para não ser manipulado por outras categorias profissionais em função de seus interesses, seja no ambiente interno ou externo da organização.

Para gerenciar a mudança com êxito, definida como a competência de **implementar e sustentar a mudança**, Quinn *et al.* (2012) referem que a observação de iniciativas de mudança bem sucedidas na própria organização promove aprendizado para o gerenciamento da ação pretendida, já que aspectos da cultura organizacional podem ser obstáculos no processo. A resistência também pode ser causada por rotinas padronizadas, fatores estruturais como recursos limitados, entre outros. Entender as razões e emoções que estão por trás da resistência é fundamental para o líder da implementação da mudança, que precisará planejar para não modificar algo erroneamente, saber como vai ser implementada e antecipar consequências.

Nesse processo, a imposição por parte do gerente não é mais admitida, já que não traz resultados positivos. Para realizar modificações, as pessoas precisam estar convencidas de que essa ação resultará em benefícios pessoais e organizacionais, além de que mandar continuamente, gera uma carga emocional pouco suportável para a maioria dos gerentes. A discussão quanto ao processo de mudança visa ajustar o comportamento das pessoas de forma profissional e precisa ser permeado pelo compromisso ético do gerente (ARAÚJO, 2011).

Morgan (2011) refere que, diante dos desafios da mudança, o planejamento deve ser voltado à capacidade de aprender a se auto-organizar; e que o impacto positivo frente às ameaças e oportunidades pode se dar no afastamento dos aspectos nocivos que dificultam o direcionamento da organização. Dessa maneira, reduz-se a turbulência no ambiente, facilitando o aprendizado e a evolução. No

entanto, a aprendizagem e auto-organização requerem pró-atividade, autonomia, flexibilidade, colaboração, abertura para uma atitude democrática, o que demanda um tempo considerável.

A mudança é um processo sócio-emocional e não se pode utilizar a coerção. Criar uma visão compartilhada do futuro, dividir a responsabilidade e a propriedade de alcançar a visão e desenvolver a capacidade das pessoas em trabalhar no seu melhor: são algumas atribuições do líder. É necessário informar, pois as pessoas são guiadas pela razão e elas decidem se seu interesse é mudar. Forçar para que mude pode funcionar em curto prazo, no entanto, evoca raiva, resistência e danos ao relacionamento. Participar enfatiza a comunicação e a cooperação com o alvo na mudança (QUINN *et al.*, 2012).

Essas competências descritas visam à efetividade no processo de mudança, e, nessa pesquisa, o enfermeiro é considerado um de seus protagonistas. O repensar da prática profissional exige momentos de reflexão e questionamentos. A admissão de que certas crenças e suposições podem tornar o gestor ineficiente, pode levar a nova análise dos fatos para estimular a mudança (QUINN *et al.*, 2012).

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

A pesquisa é de abordagem qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. Segundo Marconi e Lakatos (2008), a pesquisa qualitativa visa à análise e interpretação de aspectos que envolvem a complexidade do comportamento humano de forma contextualizada, utilizando a coleta e análise de dados detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros.

Na pesquisa qualitativa, a fonte direta de dados deve decorrer num ambiente natural, os dados coletados descritos, e sua análise sistematizada, sem descartar o componente intuitivo. O foco não está somente nos resultados e no produto, mas em todo o processo cuidadosamente desenvolvido, obtendo, assim, o significado do objeto de pesquisa estudado (MARCONI; LAKATOS, 2008).

A pesquisa descritiva tem como objetivo relatar as características de uma população específica, podendo caracterizar um grupo. Pode, ainda, ter a finalidade de identificar as relações entre as variáveis. É possível afirmar também que ela inclui o grupo que busca levantar opiniões, atitudes, crenças e pode se aproximar da pesquisa exploratória ou explicativa, dependendo do foco que se dá (GIL, 2010).

A pesquisa exploratória visa investigar mais detalhadamente o problema, de forma mais explícita ou elaborar hipóteses. Desta forma, a coleta de dados poderá ocorrer de várias maneiras. Nessa pesquisa, optou-se pela entrevista semi-estruturada, que permite ao entrevistador uma liberdade para desenvolver a coleta de dados, desde que guiado por uma relação de pontos que o interessam explorar (GIL, 2010).

Ao elaborar o roteiro para a entrevista, é necessário observar os dados que se pretende obter, a escolha e formulação das perguntas. Para uma adequada coleta de dados, a habilidade do entrevistador também é fundamental. Para isso, precisa ser capacitado, conhecer os objetivos da pesquisa e saber formular as perguntas. Além de registrar as respostas, é importante registrar as reações do entrevistado, pois podem ser importantes para a análise da qualidade das respostas (GIL, 2010).

### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Curitiba – PR, que tem a população de 1.848.943 habitantes (CURITIBA, 2014c). Dentre as ações realizadas, a prática da saúde da família foi iniciada na década de 1990, num período de mudanças políticas e organizacionais dos serviços públicos de saúde, especialmente relacionadas ao SUS em âmbito nacional e referenciado nas Leis nº 8.080 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990a; 1990b).

No município, a 1ª Conferência Municipal de Saúde, em 1991, foi um marco no nascimento da prática de saúde da família. Destaca-se a participação da comunidade na implantação da proposta e a formatação de uma equipe multiprofissional. Neste mesmo ano, a primeira US organizada nos moldes de saúde da família, considerada uma unidade piloto, foi o Centro de Saúde Pompeia, localizado no bairro Tatuquara; e, posteriormente, a US São José. Gradativamente, mesmo com dificuldades e resistências, equipes motivadas deram continuidade ao projeto em outras US (CURITIBA, 2002).

Em 1996, Curitiba adotou a ESF do MS, o que incluiu o repasse regular de recursos financeiros e que possibilitou a implantação de 18 novas equipes de saúde da família (CURITIBA, 2002).

Nesses anos, houve uma preocupação de compor uma Rede de Atenção Assistencial, organizada por DS. Atualmente são nove: Boqueirão, Bairro Novo, Pinheirinho, CIC, Portão, Matriz, Cajuru, Boa Vista e Santa Felicidade (ANEXO 2). Ao longo dos anos, o projeto de expansão - e todas as suas implicações - avançou significativamente. Um dos marcos desse processo foi a criação do DS Bairro Novo, no ano de 2000, tendo a ESF implantada em todas as suas US (CURITIBA, 2002; CURITIBA, 2013a).

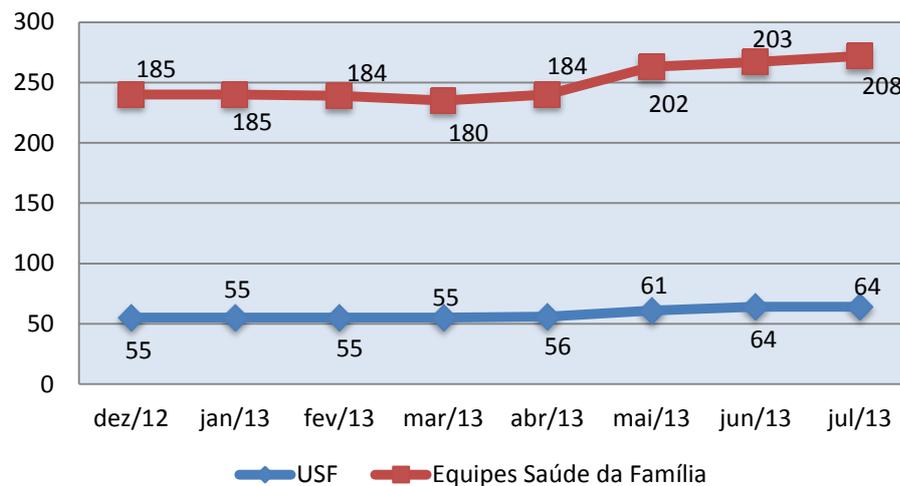


GRÁFICO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DA AMPLIAÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E O NÚMERO DE US COM ESF  
 FONTE: CURITIBA (2014d)

A Rede de Atenção Assistencial do SUS Curitiba é composta por 136 equipamentos municipais de saúde, sendo 44 US tradicionais, 65 Unidades de Saúde da Família. Essas US estão localizadas em todo o município, com menor concentração no centro da cidade. Busca-se maior aproximação do contexto de vida de grande parte da população. Dentre as funções da US, está a de ordenar as Redes de Atenção e coordenação do cuidado. Essa rede também integra Unidades Especializadas, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Laboratório de Análises Clínicas e Hospitais Municipais, distribuídos nos nove Distritos Sanitários (CURITIBA, 2014e).

Desde o início de 2013, o organograma da SMS está em revisão e a estrutura elaborada foi pactuada internamente e encaminhada para o Instituto Municipal de Administração Pública, porém ainda está em processo de incorporação na Prefeitura Municipal de Curitiba (CURITIBA, 2014f).

A SMS de Curitiba é composta pelo Conselho Municipal de Saúde, três Superintendências, a Executiva, a de Gestão da Atenção à Saúde e a de Vigilância Epidemiológica. A primeira, composta pelas Diretorias de Planejamento, Administrativa e de Recursos Humanos. A segunda, pelas Diretorias de Redes de Atenção à Saúde, Saúde Mental, Urgência e Emergência, Centro de Controle, Avaliação e Auditoria, Gestão do trabalho em Saúde (DGTS) e a de Atenção Primária à Saúde. A terceira, composta pela Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental e

a Vigilância Epidemiológica. A SMS também possui a Assessoria de Gestão – Apoio Institucional e a Assessoria de Imprensa (CURITIBA, 2014g).

A Diretoria de Gestão do Trabalho em Saúde (DGTS) subordinada à Superintendência da Gestão da Atenção à Saúde tem o objetivo de:

“estruturar e implementar política de desenvolvimento de pessoas, buscando maior satisfação e qualificação dos trabalhadores, por meio de Plano de cargos, carreiras e salários e Educação Permanente, e fortalecer a política de integração Ensino-Serviço”.

Uma de suas frentes de atuação é o dimensionamento, provimento e sistema de mobilidade interna de trabalhadores; portanto, também atua na ampliação da ESF (CURITIBA, 2014g).

O DAPS coordena a Atenção Primária e possui cinco coordenações (CURITIBA, 2014h):

a) Acesso e Vínculo: tem atribuições de ampliar a ESF, o acesso da população às US e a educação permanente relacionada ao processo de trabalho para ampliação do acesso e vínculo;

b) Carteira de Serviços: realiza o monitoramento dos serviços oferecidos na Atenção Primária, tem a responsabilidade de avaliar a necessidade de capacitação e equipamentos/tecnologias a fim de aumentar a oferta dos serviços;

c) Cuidado: entre as atribuições estão a de avaliar a necessidade de serviços secundários e terciários, monitoramento de encaminhamentos e solicitações de exames, ações relacionadas ao NASF, avaliação e controle de grupos especiais, entre outras;

d) Apoio, Logística, Estrutura e Recursos Humanos das Unidades Básicas de Saúde: realiza o monitoramento da situação da estrutura física das US, monitoramento de estoques de insumos, medicamentos e materiais, ações que melhorem a ambiência e de dimensionamento de pessoal;

e) Informação, Avaliação e Estímulo para Qualidade: é responsável pela criação, seleção, pactuação, monitoramento de indicadores do processo de trabalho, acompanhamento dos repasses financeiros às equipes. Ações relacionadas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ), Sistema de Informação da

Atenção Básica (SISPRENATAL) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A composição dos DS visa à organização das ações e serviços para promover a integralidade da atenção em um determinado território. Cabe a ele articular a gestão de saúde no território delimitado de forma alinhada à política municipal de saúde, o que inclui o gerenciamento dos Coordenadores Locais de cada US da sua área de abrangência. Cada DS possui a Coordenação da Gestão em Saúde, da Atenção em Saúde e da Vigilância em Saúde. Dentre as atribuições da Coordenação de Atenção à Saúde, está a de articular junto à Coordenação de Gestão questões que se referem ao processo de trabalho e à gestão de pessoas. Essas e várias outras atribuições definidas para essas coordenações são inerentes ao processo de ampliação da ESF (CURITIBA, 2014i).

Cada US é gerenciada por um Coordenador Local que, na ampliação da ESF, tem a responsabilidade de liderar a equipe de trabalho na US no processo de mudança.

A ampliação do número de equipes de saúde da família envolveu diretamente a DGTS no processo de composição das equipes de ESF, no remanejamento e/ou seleção dos trabalhadores da US. O DAPS realizou o processo de mudança com os DS e a Coordenação Local. Envolveram diretamente as coordenações do Acesso e Vínculo, Apoio, Logística, Estrutura e Recursos Humanos das Unidades Básicas de Saúde e Informação, Avaliação e Estímulo para Qualidade do DAPS.

As coordenações da Carteira de Serviços e do Cuidado acompanharam e atuaram com as demais coordenações nas suas funções específicas relacionadas a todas as US. Os DS, além do seu Diretor, as Coordenações de Atenção e Gestão também atuaram nesse processo de mudança nas US.

### 3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 32 enfermeiros que atuam na Atenção Primária de Curitiba, identificados por meio do CNES (BRASIL, 24/10/2013), e de informações do Departamento de Atenção Primária à Saúde. (CURITIBA, 2013b).

Os enfermeiros foram integrantes das equipes de ESF e Coordenadores dessas US, Coordenadores de atenção e de gestão, e uma diretora de um dos Distritos Sanitários. Quatro enfermeiros do DAPS e um do DGTS, escolhidos por ser o coordenador ou pelo maior tempo lotado no cargo e que participou da ampliação no primeiro semestre de 2013, uma diretora de DS, duas enfermeiras da Coordenação da Atenção dos DS, três da Coordenação da Gestão dos DS e cinco enfermeiras coordenadoras das US.

Dos 27 enfermeiros assistenciais das equipes de ESF, três estavam em licença para tratamento de saúde; quatro, de férias; e quatro foram inseridos nas equipes após a ampliação da ESF, com total de 16 entrevistados.

### 3.3.1 Critérios de Inclusão e de exclusão

Como critérios de inclusão para a participação na pesquisa optou-se por: enfermeiros, de ambos os sexos, lotados na SMS de Curitiba, que atuaram na ampliação da ESF no primeiro semestre do ano de 2013, e que permaneceram no cargo até a coleta de dados. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros afastados de suas atividades por motivo de férias, licença-prêmio ou tratamento de saúde durante o período de coleta de dados.

## 3.4 COLETA DE DADOS

A técnica de coleta de dados foi a da entrevista com roteiro semiestruturado. Para alcançar os objetivos, as perguntas buscaram conhecer a vivência dos enfermeiros relacionada à ampliação da ESF, identificar fatores facilitadores e dificultadores, identificar o processo de comunicação, as práticas inovadoras e a negociação vivenciada pelo enfermeiro e/ou equipe de trabalho nas diferentes funções, tanto no gerenciamento como na assistência, a fim de analisar o processo de mudança na ampliação da ESF nas US tradicionais no município de Curitiba e

identificar as competências requeridas dos enfermeiros neste processo (APÊNDICE 1).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora após os participantes serem informados que se tratava de uma pesquisa, dos seus objetivos e do procedimento de coleta de dados. Os participantes foram incluídos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2). A coleta de dados ocorreu no local de trabalho dos enfermeiros, durante o turno de trabalho, conforme dia e horário pré-agendado por meio de contato telefônico ou pessoalmente, no período de janeiro a abril de 2014. Cada entrevista teve a duração média de 25 minutos, gravada e transcrita pela pesquisadora. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

### 3.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Este subcapítulo contém a descrição do processamento e análise dos dados coletados. Após a transcrição das 32 entrevistas dos participantes, relacionadas aos aspectos abordados na entrevista - processo de ampliação da ESF, fatores facilitadores e dificultadores, comunicação, prática inovadora e negociação - foi realizada a formatação de um *corpus*. Este contém todos os textos em um único arquivo de texto no software OpenOffice.org e salvo no tipo texto.txt, separados por linhas de comando de acordo com as três variáveis da pesquisa: número dado a cada entrevistado, especificação do cargo – gerencial ou assistencial – e o número da pergunta (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A partir do *corpus*, procedeu-se a análise textual utilizada para textos escritos originados a partir de entrevistas, documentos, entre outros (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Para apoiar a análise dos dados da pesquisa qualitativa, foi utilizado o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Este programa informático é livre e ancorado no software R, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros. Foi desenvolvido, em 2009, por

Pierre Ratinaud na língua francesa, mas atualmente possui dicionários completos em inglês e italiano e, em várias outras línguas, o dicionário está em fase experimental. No Brasil, o seu uso iniciou-se em 2013 e permite análises precisas, conferindo-lhe utilidade para a pesquisa qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

O *software* permite vários tipos de análises: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras. O método CHD proposto por Reinert, em 1990, é utilizado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) (REINERT, 1990); no entanto, o IRAMUTEQ inclui outras formas de análise que não são realizadas pelo ALCESTE. Quando se quantifica e emprega cálculos estatísticos em variáveis qualitativas que são os textos, se supera a dicotomia entre a análise quantitativa e qualitativa (LAHLOU, 1994).

A CHD classifica “os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas”. As Unidades de Contexto Inicial (UCI) ou textos foram construídos com base em cada pergunta da entrevista, exceto a segunda e terceira pergunta que foi unificada, e não por entrevistas dos participantes como um todo. As Unidades de Contexto Elementar (UCE) ou segmentos de texto obtidos a partir das UCI “apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p.516). Segundo Lahlou (1994), três etapas são percorridas para realizar a CHD: preparação e codificação do texto inicial, a classificação hierárquica descendente e a interpretação das classes. A partir do corpus, os segmentos de texto apresentados em cada classe que se obtém a partir das palavras estatisticamente significativas, permitem a análise qualitativa dos dados.

As linhas de comando e as variáveis, contendo asteriscos foram: \*\*\*\* \*n\_01, conforme o número do entrevistado, \*gest\_1, enfermeiro da gestão ou gerencial, \*assist\_1, enfermeiro assistencial, \*perg\_1, pergunta relacionada à descrição do processo de ampliação da ESF, \*perg\_2, fatores facilitadores e dificultadores nesse processo, \*perg\_4, processo de comunicação, \*perg\_5, prática inovadora e \*perg\_6 a descrição sobre as negociações na ampliação da ESF. Destaca-se que esse processamento no *software* IRAMUTEQ teve a duração de 59 segundos, o que é

uma vantagem significativa nessa etapa em relação a outras formas de processamento de dados qualitativos.

Nessa pesquisa, optou-se por selecionar as palavras na CHD pela sua frequência e pelos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativas para a análise, de acordo com Viana *et al.* (2013), que também incluíram este critério para seleção de palavras. Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe; portanto, quanto mais alto o seu valor, maior é a associação. Todas as palavras selecionadas tinham um  $p < 0,001$  indicando uma associação significativa.

Para a análise foram incluídos os segmentos de texto associados a cada classe, o que permite obter “o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p.516).

Os cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas a partir dos textos inseridos não faz do *software* um método. Também não faz a análise dos dados, mas é um instrumento para explorar esses dados. A utilização de *softwares* facilita o processamento de textos longos e numerosos. No entanto, não se pode subestimar o papel fundamental do pesquisador na análise dos dados, pois a interpretação cabe a quem os analisa (CAMARGO; JUSTO, 2013b; LAHLOU, 2012; CHARTIER; MEUNIER, 2011). Segundo Lahlou (1994), quando se quantifica e emprega cálculos estatísticos em variáveis qualitativas, que são os textos, se supera a dicotomia entre a análise quantitativa e qualitativa.

A interpretação dos dados foi sustentada pelo referencial teórico das competências gerenciais no processo de mudança, conforme apresentadas por Quinn *et al.* (2012).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Pesquisas Envolvendo Seres

Humanos, foi apresentado como projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, para análise e aprovação, em 23 de outubro de 2013, sob registro nº CAEE 21235813.4.3001.0101.

A viabilidade para o campo de pesquisa na SMS de Curitiba foi aprovada, no dia 10 de dezembro de 2013, pelo seu Comitê de Ética em Pesquisa. Foram entrevistados os que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE 2).

## RESULTADOS

Este capítulo apresenta as informações a partir da coleta de dados do cenário da pesquisa. São apresentadas as caracterizações dos participantes enfermeiros nos cargos gerenciais e assistenciais. A seguir, são dispostas as quatro categorias que emergiram a partir da análise dos textos das entrevistas realizadas pelo *software* IRAMUTEQ.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 16 enfermeiros em cargos gerenciais, um era do sexo masculino; os demais, do sexo feminino, estavam na faixa etária entre 34 e 54 anos. Dentre os 16 enfermeiros assistenciais, somente um era do sexo masculino e todos tinham entre 31 e 58 anos.

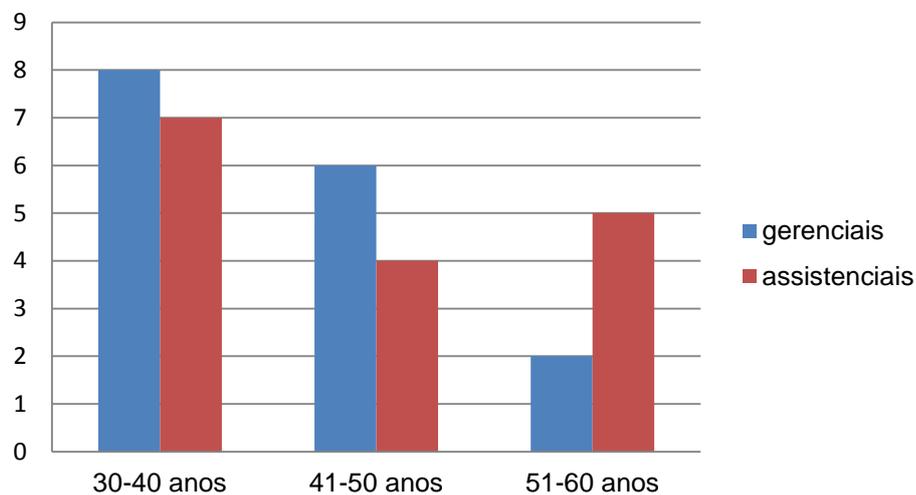


GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
 FONTE: A autora (2014)

O tempo de formação variou entre oito e 30 anos entre os enfermeiros gerenciais; e entre cinco e 32 anos entre os assistenciais.

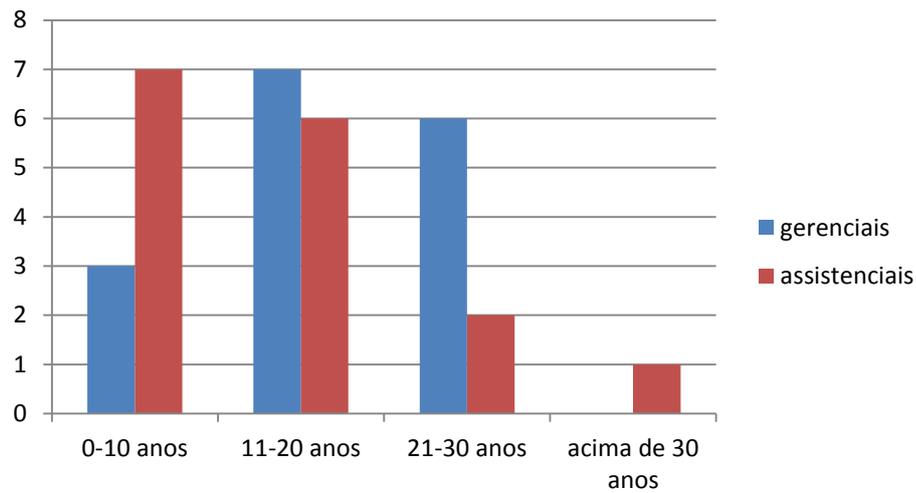


GRÁFICO 3 – TEMPO DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
 FONTE: A autora (2014)

Quanto ao tempo no cargo ocupado, variou entre oito meses e treze anos dos enfermeiros gerenciais; e de sete a dez meses dos assistenciais.

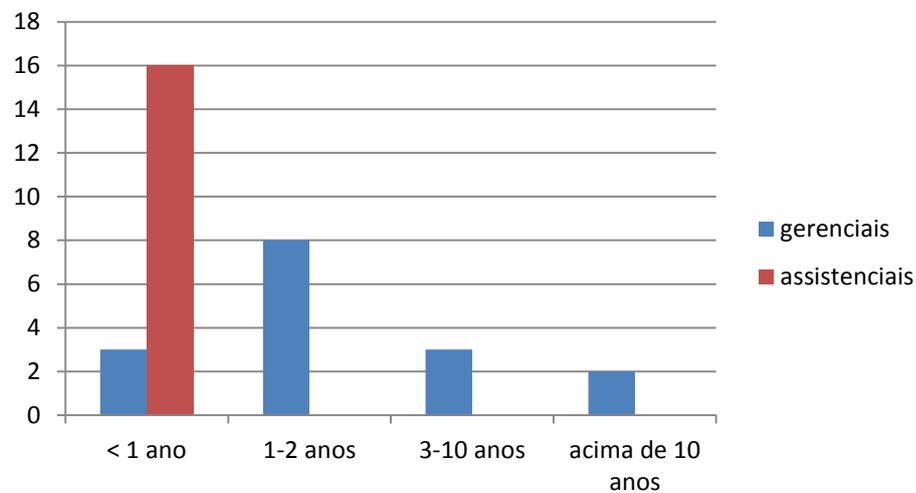


GRÁFICO 4 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA NOS ATUAIS CARGOS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS  
 FONTE: A autora (2014)

Dos enfermeiros gerenciais, cinco não tinham experiência em US com ESF. A experiência dos demais variou entre oito meses e dez anos. Dos assistenciais, foi entre nove meses e dezessete anos.

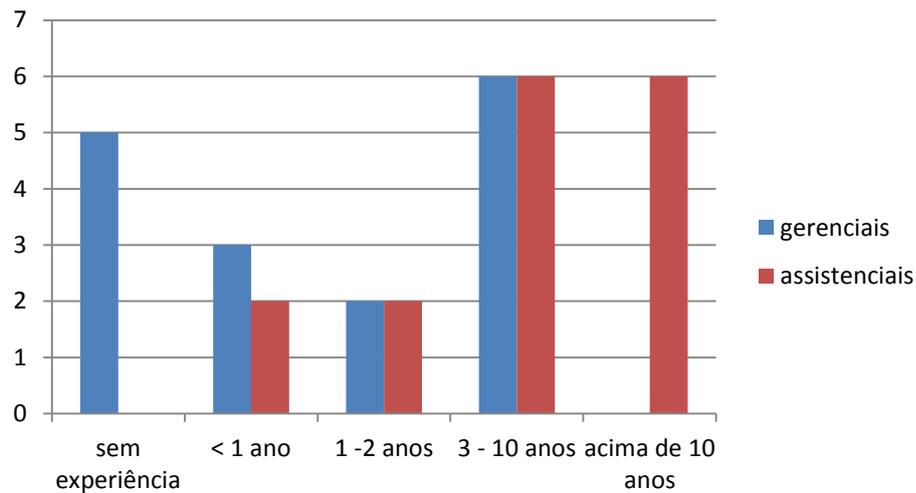


GRÁFICO 5 – TEMPO DE ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA EM US COM ESF  
 FONTE: A autora (2014)

Quanto à qualificação dos enfermeiros gerenciais, um deles tinha concluído o mestrado e dois estavam cursando. Um concluiu MBA (*Master of Business Administration*), onze tinham uma ou mais especializações na área de gerenciamento e em saúde da família ou coletiva. Cinco cursavam uma especialização. Dos enfermeiros assistenciais, um concluiu o MBA, um não tinha especialização e três estavam cursando a primeira especialização e um concluiu a residência em saúde da família. Quatro se especializaram em saúde da família ou coletiva.

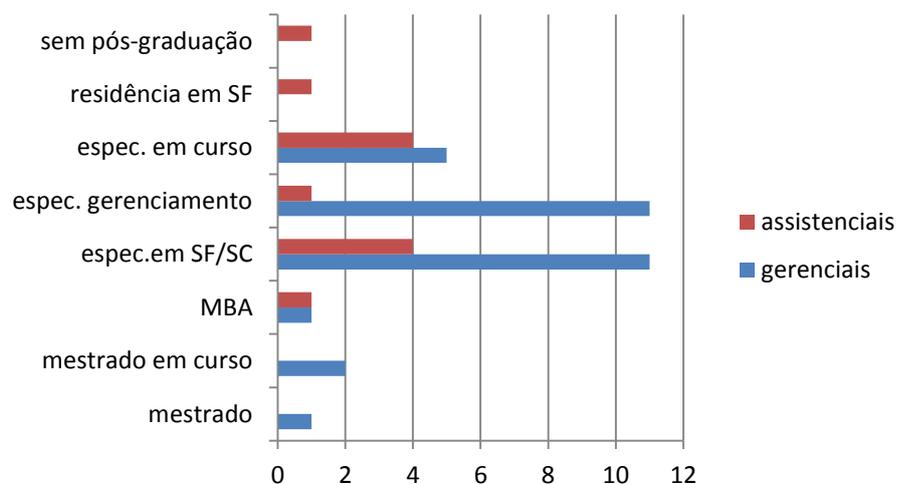


GRÁFICO 6 – QUALIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
 FONTE: A autora (2014)

## 4.2 CLASSES

Foram processados e analisados 160 textos pelo *software*, dos quais se obtiveram 2627 segmentos de texto; 2464 destes, ou seja, 93,8% foram aproveitados. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, classificados em função dos vocabulários e que possuem em média três linhas, as classes de segmentos de textos foram definidas. A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma da CHD.

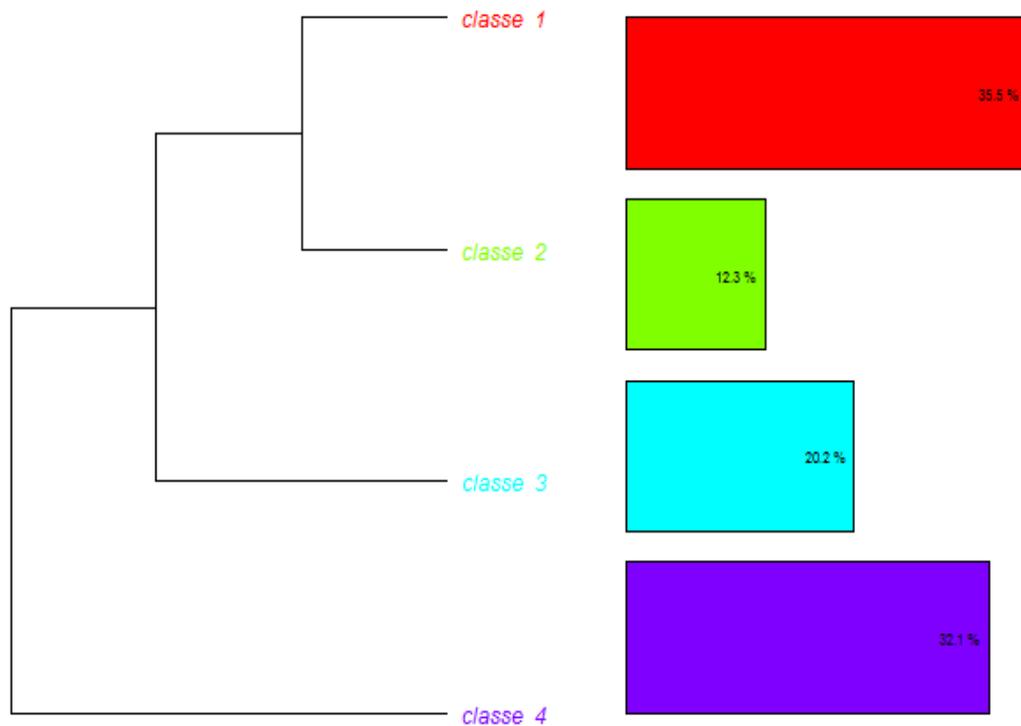


FIGURA 3 - DENDOGRAMA DAS CLASSES FORNECIDO PELO IRAMUTEQ  
 FONTE: A autora (2014)

O *corpus* foi dividido em dois *sub-corpus*. De um dos *sub-corpus*, obteve-se a classe 4, constituída de 790 UCEs, e que concentra 32,1% das UCEs do *corpus* total. Do outro *sub-corpus*, obteve-se a classe 3, com 497 UCEs, que corresponde à 20,2% das UCEs, e mais duas repartições que originaram as classes 2 e 1 com 303 e 874 UCEs, respectivamente, correspondente a 12,2% na classe 2 e 35,5% na classe 1 do total das UCEs. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ). A percentagem referente ao conteúdo é

a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*” (CAMARGO; JUSTO, 2013a);

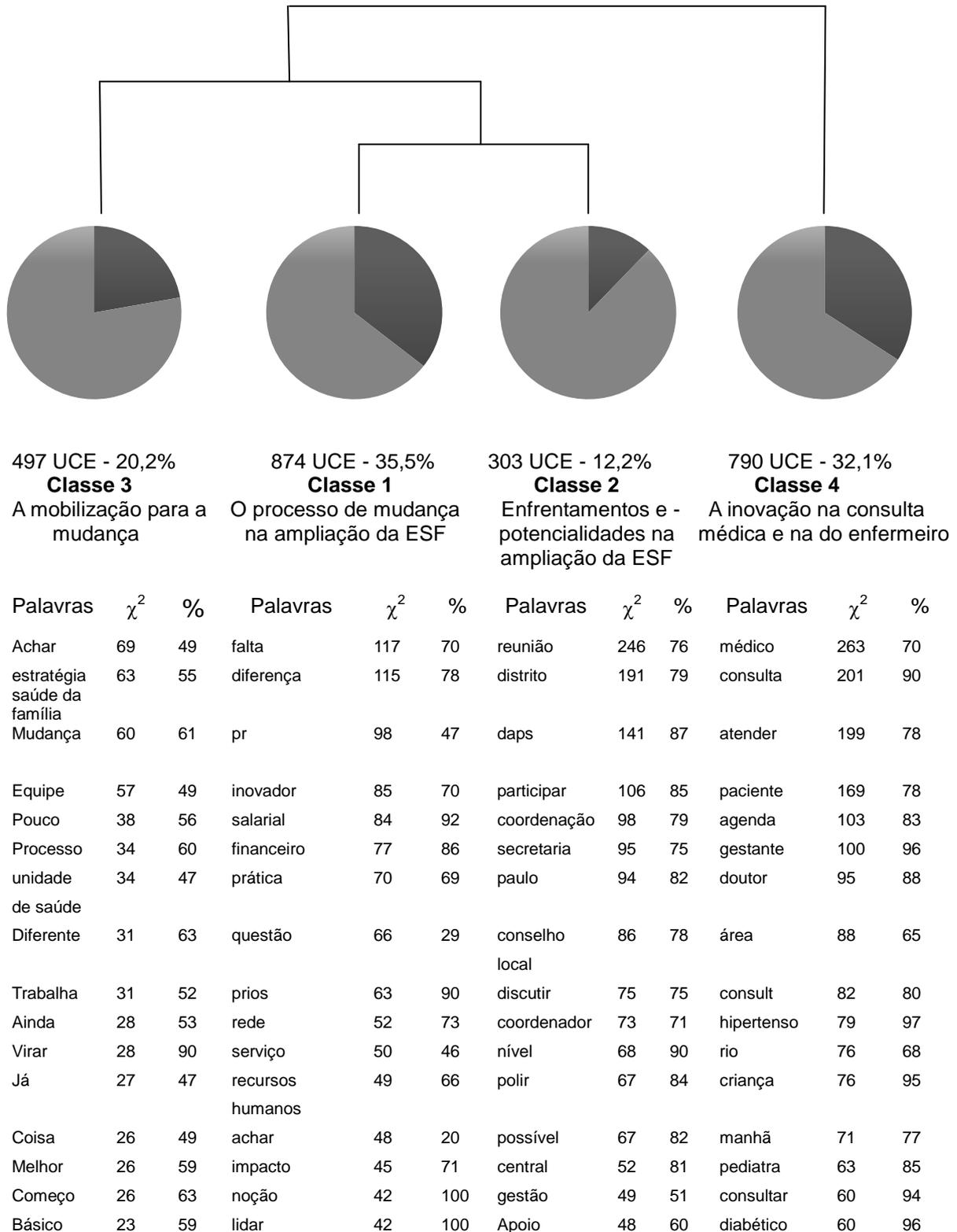


FIGURA 4 - DENDOGRAMA DAS CLASSES – Ampliação da Estratégia Saúde da Família

FONTE: A autora (2014)

#### 4.2.1 Classe 1 - O processo de mudança na ampliação da Estratégia Saúde da Família

A classe 1 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes e de valores de qui-quadrado mais elevados: achar, estratégia saúde da família, mudança, equipe, pouco e processo; Porém, os vocábulos achar e pouco não foram considerados por não serem significativos nas UCEs. Estas são relacionadas à percepção e/ou vivência dos enfermeiros e da equipe de trabalho quanto ao processo de ampliação da ESF, conforme descrito:

*“E eu acho que o mais difícil foi o novo para nós trabalharmos, porque até então a gente trabalhava com Estratégia Saúde da Família, toda a equipe, então o medo foi você trabalhar com duas equipes.” (Gest.7)*

*“Eu acho que essas Unidades de Saúde, elas levam um tempo. Eu acho assim, considero que esse último, estamos aí para quase um ano de mudança, é uma caminhada assim, as coisas foram se encaixando, aos poucos foram se adequando.” (Gest.12)*

*“Agora já consigo trabalhar um pouco melhor e eles estão aprendendo a trabalhar com enfermeiro de saúde da família. Eu acho que as coisas estão caminhando a passos lentos, mas estão caminhando, então isso já é um bom sinal.” (Assist.1)*

*“Eu acho que a mudança mais significativa, que é boa para a população, é a equipe ser realmente responsável pela população.” (Gest.15)*

*“[...] estamos assim indo lá (US) para ver se a gente dentro do processo de trabalho da Unidade de Saúde, a gente consegue dar algum apoio para o gestor local e mesmo para a equipe, para subsidiar eles dentro das mudanças que eles acham importante ser feitas.” (Gest.6)*

Também expressaram potencialidades, fragilidades e desafios nesse período de ampliação e que poderão ser superados ou até prevenidos em outros contextos:

*“Em comparação a outros profissionais, a gente vê da Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é o mais sobrecarregado aqui. Uma das coisas que poderia ser feito é a inserção do auxiliar de enfermagem. O auxiliar de enfermagem praticamente não está inserido na Estratégia Saúde da família aqui.” (Assist.5)*

*“Eu achei que foi muito bom o fato da equipe sentar, os profissionais, e estudar, digamos assim, juntos mesmo, assim, os médicos por exemplo. Onde eu trabalhei como enfermeira, alguns servidores saíam para congresso e voltavam e ficava por isso mesmo.” (Assist.15)*

*“Agir sempre da mesma forma contribui para que desse certo e que as pessoas acreditassem que isso ia dar certo [...]” (Assist.15)*

*“Agora já está um pouco mais normalizado, parece que abaixou um pouquinho a poeira, mas, no início, foi muito difícil, muito difícil mesmo. O que salvou, eu acho, porque algumas pessoas que vieram como Estratégia Saúde da família.” (Assist.1)*

*“As pessoas ainda não entenderam qual é o papel de cada um. Eu acho que isso deveria ser feito antes da mudança [...]” (Assist.1)*

*“eu acho que o enfermeiro atuou muito como mediador. Mediador entre equipe de auxiliares de enfermagem, entre a equipe dos médicos, entre a chefia e a equipe, a maioria das coisas passa pela gente.” (Assist.14)*

*“Tive que negociar com toda a equipe, como que a gente vai [...] trabalhar a partir de agora, porque, claro, eles vinham de uma forma de atendimento bastante diferente.” (Gest.12)*

*“Então o que dificultou acho que é exatamente isso: trabalhar talvez um pouco mais a questão do processo de trabalho, da aceitação da equipe da reorganização daquela*

*unidade para se moldar à proposta de Estratégias Saúde da Família, de preparar os servidores para isso.” (Gest.11)*

*“Processo de trabalho completamente fragmentado, a resistência dos trabalhadores em assumir as suas responsabilidades pelo fato de não estar ganhando o diferencial de Estratégia Saúde da Família. Então aí a gente questiona também a formação desses profissionais em que eles atrelam determinadas atribuições procedimentos à questão financeira.” (Gest.5)*

Vários enfermeiros citaram alguns benefícios da ESF, conforme relatos a seguir:

*“O cuidado, ao longo do tempo, é que vai ficando um pouco diferente. A gente vai se vinculando mais aos usuários e os usuários às equipes, então essa persistência da gente falar sempre a mesma coisa.” (Assist.15)*

*“[...] mas desde o aparecimento (Programa Saúde da Família), sempre foi uma coisa que eu achei que era a solução. Era a solução grande para o problema de saúde do Brasil.” (Assist.11)*

*“O caminho de se criar Unidade de Saúde Estratégia Saúde da Família, eu acho que é muito importante para a Saúde primária, Atenção Primária, uma que o profissional tem outra visão [...]” (Assist.5)*

*“Está sendo muito valorizada essa questão na Estratégia Saúde da família, houve aumento das consultas do enfermeiro sim. Na Unidade de Saúde básica tem algumas que ainda as enfermeiras têm resistência, não fazem consulta, algumas Unidades de Saúde específicas que é zero a consulta.” (Gest.3)*

*“Então a gente vê que eles (usuários) gostaram, um novo profissional, e é diferente do atendimento o profissional de Estratégia Saúde da família, tem outra visão do que o médico clínico. O clínico chega aqui: ‘ah, o que você precisa? Está aqui, pronto, acabou.’” (Assist.5)*

#### 4.2.2 Classe 2 - Enfrentamentos e potencialidades na ampliação da ESF

A classe 2 apresentou os vocábulos: falta, diferença, inovador e salarial mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados. O segundo prefixo mais frequente foi pr, das palavras própria e próximo e suas derivações, as quais não foram significativas para a análise.

Os segmentos de texto analisados evidenciam predominantemente a influência da diferença salarial entre os profissionais lotados na mesma US, conforme relatados a seguir:

*“Então vai chegar um momento em que todo mundo vai ter o mesmo favorecimento financeiro, que tudo é movido pelo financeiro, infelizmente. Teoricamente melhoraria um pouco a questão dos funcionários ficarem mais felizes assim, acho que em relação a isso.”* (Gest. 3)

*“Então eles não tem problema conosco (enfermeiras), mas a revolta deles é a questão salarial, porque quem está na Estratégia Saúde da Família ganha o dobro quase [...]”* (Assist. 8)

As diferenças e mudanças apontadas entre a US saúde da família e a tradicional que citaram foram relacionadas ao território, visita domiciliar, ao processo de trabalho, maior oferta de serviços, mas também a falta de conhecimento sobre as diferenças:

*“[...] ela falou (médica) que uma das diferenças que ela achou assim bem marcantes da atenção enquanto Unidade de Saúde básica para Estratégia Saúde da Família foi o conhecimento do território [...]”* (Gest.15)

*“Eu acho assim a questão mesmo das visitas é uma prática inovadora, eu gosto da visita[...]”*(Gest.13)

*“Dispensação de medicação de hipertensos, eram várias salas, ocupavam vários profissionais e a gente acabou unificando tudo numa farmácia central. No começo*

*gerou muito conflito entre os próprios funcionários que não queriam essa mudança.”*  
(Gest.13)

*“Talvez estejam mais envolvidos na questão de melhoria mesmo, do atendimento, de você ofertar um pouco mais de serviço para a própria comunidade.”* (Gest. 6)

*“[...] essa questão de trabalhar com profissionais de duas cargas horárias e de dois processos de trabalho.”* (Gest. 6)

*“Se os próprios funcionários não entendem ao certo qual que é a importância, qual que é a diferença, como eles vão daí convencer a população de que aquilo é melhor para eles.”* (Gest. 15)

As dificuldades de estrutura física das US e a falta de profissionais ou para compor as equipes de saúde da família ou a sua ausência transitória e a preocupação com o custo financeiro desse processo de ampliação são relatadas a seguir:

*“Pena que não foi assim completa devido à falta de estrutura da equipe, não ter a equipe completa dificultou bastante [...]”* (Assist.10)

*“Então é uma coisa estruturante, nossa, que faz falta e na Unidade de Saúde [...] ainda é um fator limitante na questão do acesso. Acesso de qualidade essa questão da estrutura física do serviço.”* (Gest.8)

*“Mas acho que esse foi o grande desafio assim de você conseguir fazer o movimento desse, de expansão do serviço de modalidade estratégica sem a previsão de recursos humanos, então isso impacto bastante, eu acho que é isso. Foi um desafio, uma vivência nova.”* (Gest.11)

*“Eu acho que são assim as questões que mais me espantaram, fatores que dificultaram foram a falta de dinheiro, falta de financiamento, falta de dinheiro, burocracia, a forma como a questão do repasse do dinheiro público é feita.”* (Gest.4)

Relataram as potencialidades dos profissionais, conforme segue:

*“Fatores que facilitaram foi a própria disponibilidade dos profissionais que vieram, eram profissionais já com experiência em Estratégia Saúde da Família, bastante competência técnica, com vontade realmente que a coisa acontecesse, então esse foi um fator favorável [...]” (Gest.10)*

*“[...] mas são profissionais que têm uma, que acreditam na saúde pública, saúde coletiva, Estratégia Saúde da Família, compraram a ideia.” (Gest. 8)*

*“Eu acho que a cooperação e o comprometimento dos profissionais, não teve ninguém ali por trás, no começo houve, mas eles foram se adequando e eu sinto que ocorre uma colaboração[...]” (Assist. 4)*

*“Se o enfermeiro é mais apagado, tem mais dificuldade. Aí você vê assim que a equipe, ela sofre mais. A figura do enfermeiro é essencial, eu acho que traz, eu acho que faz diferença.” (Gest.12)*

*“Eu acho que a gente percebe a diferença entre as Unidades de Saúde que são coordenadas pelos enfermeiros e quais as Unidades de Saúde que não são.” (Gest 12)*

#### 4.2.3 Classe 3 - A mobilização para a mudança

A classe 3 apresentou os vocábulos: reunião, distrito, DAPS e participar como mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados.

Os segmentos de texto que referenciaram esses vocábulos focaram a reunião como uma estratégia para a ampliação da ESF e melhoria do processo de trabalho, com objetivo de informar e mobilizar a equipe da US, a comunidade e o Conselho Local. Outros aspectos da reunião que emergiram das falas estão relacionados ao

dia ou horário para facilitar a participação das equipes, à educação permanente e continuada, ao exercício da gestão compartilhada, conforme descritos a seguir:

*“[...] sucessivas reuniões, conversas com a equipe, não só eu [diretor do distrito] fazendo esse trajeto, mas as coordenações, o DAPS junto para fazer uma mobilização com a comunidade. Foram várias reuniões com o Conselho Local e com participantes ali dos usuários, da comunidade, para explicar esse processo.” (Gest.5)*

*“[...] a gente [DAPS] encaminhava um email para o distrito e para o gerente local, marcava uma reunião. Como era uma Unidade Básica de Saúde, nós marcávamos geralmente no horário de almoço, a saída de uma turma e a entrada de outra.” (Gest.1)*

*“[...] então isso dificulta bastante para o coordenador local, ter a questão da comunicação, a questão da realização da reunião, para reunir na verdade toda a equipe para discutir o processo de trabalho que é bem importante.” (Gest.12)*

*“[...] nós temos sempre nas quartas-feiras, reunião de equipe. Eu acho que isso é uma coisa que favorece bastante porque é o momento que a equipe pára, tem treinamento. Geralmente a nossa coordenação conversa, passa informações...” (Assist.8)*

*“[...] as decisões iam ser tomadas na forma de colegiado, que a equipe iria participar, que o planejamento das atividades da Unidade de Saúde foi feito com a equipe inteira. Foram várias as reuniões focando nesse planejamento, que depois foi passado para a secretaria de saúde.” (Assist.14)*

Vários entrevistados também apontaram a dificuldade de integração entre o DAPS, DS e US. Outros se referiram à falta de compreensão do DS quanto à proposta do DAPS. Foram abordados aspectos da comunicação e os avanços ocorridos durante essa vivência, conforme se observa nas seguintes falas:

*“Eu acho que comunicação é um problema grave, que se agravou, veio muita informação do nível central direto para a área. Às vezes, algumas negociações diretas para a área, o distrito ficou meio, correu atrás dessas informações”. (Gest.7)*

*“Talvez se nós tivéssemos conversado mais com o DAPS, sobre o que ia acontecer, talvez nós pudéssemos nos ajudar mais e entender mais o processo[..].” (Gest.6)*

*“[...] se não é repassado, fica perdido, ou se não é de uma maneira que sensibilize ou que faça com que eles entendam, fica falho [...]” (Gest.2)*

*“Talvez o que a gestão tivesse como foco, seria o trabalho na ponta, e agora que a gente está afinando esse trabalho no distrito, junto com o nível central e as próprias Unidades de Saúde.” (Gest.6)*

#### 4.2.4 Classe 4 - A inovação na consulta médica e na do enfermeiro

A classe quatro apresentou os vocábulos: médico, consulta, atender e paciente mais frequentes e com os valores de qui-quadrado mais elevados, bem como evidenciou aspectos relacionados à consulta do médico e à do enfermeiro. Os participantes citaram a inovação na organização do agendamento das consultas, tanto dos enfermeiros como dos médicos, para promover o acesso avançado, a ampliação do horário de atendimento até às 22 horas - que ocorreu em cinco das seis US pesquisadas - e a definição de fluxo de atendimento direcionado à equipe de referência. É o que se pode observar nas UCEs seguintes:

*“Então a gente conseguiu atender quase 100% da demanda porque não tínhamos um pré-agendamento, as agendas tão cheias. Quem batia na nossa porta a gente acolhe sempre e geralmente quem precisa de consulta médica a gente estava conseguindo ofertar por essas agendas não estarem tão lotadas.” (Gest.14)*

*“[...] que hoje é muito comum tanto homens como mulheres trabalharem até às 18 ou 19 horas, conseguirem chegar até a sua casa e daí ir para sua consulta médica mais devagar com mais tranquilidade.” (Gest.4)*

*“[...] não tem porque eu passar ele por uma consulta médica, então eu posso renovar essa receita dele e orientar daqui a quatro meses, o senhor volta a repetir, casos diabéticos volta a repetir o seu exame.” (Assist.4)*

Citaram a valorização da consulta do enfermeiro e a consulta compartilhada.

*“Aqui está sendo muito mais aprofundado porque o paciente que está na minha frente, eu tenho que saber o que ele tem para eu optar se eu vou mandar para uma consulta médica ou se eu atendendo vou resolver o caso dele”.(Assist.4)*

*“Tanto é que está no POA [Plano Operativo Anual] que ele [enfermeiro] possa realmente realizar a sua consulta, ter o apoio do médico e possa ser resolutivo nessa questão. Tanto é que houve o aumento até do registro disso.” (Gest.2)*

As dificuldades referentes a essas inovações citadas foram: a comunidade focada na consulta do médico e na especialidade, a dificuldade de vinculação entre a população e uma equipe de referência por área adscrita e a falta de estrutura física para atendimento.

*“Eles vêm: eu quero um ginecologista. Aí a gente explica: não, o médico atende ginecologia também, ele vai atender você, ele vai atender pediatria, ele vai atender o teu filho também, então ele vai atender a sua família toda.” (Assist.12)*

*“Então essa mudança de médico também foi bem trabalhosa. Agora que a gente está começando a conseguir fazer com que eles entendam qual o benefício deles de estarem consultando com o médico da área.” (Assist.15)*

*“Nós enfermeiros temos uma sala e nos é exigido número de consultas do enfermeiro, consultas diabético, hipertenso, lactente, mas nós não temos espaço para atender. Nós temos que fazer agenda para que a gente possa usar aquela sala.” (Assist.7)*

#### 4.3 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE MUDANÇA

As cinco competências gerenciais para promover a mudança e estimular a adaptabilidade referenciadas por Quinn *et al.* (2012) serão descritas, a fim de relacioná-las ao processo de mudança na ampliação da Estratégia Saúde da Família: usar o poder e a influência com ética e efetividade; patrocinar e vender novas idéias; estimular e promover inovação; negociar acordos e compromissos; implementar e sustentar a mudança.

Didaticamente pode-se relacionar cada classe analisada com uma ou duas competências, porém a prática é complexa e dinâmica e não permite essa segregação. Ou seja, todas elas são importantes e serão mais ou menos utilizadas conforme a situação.

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão discutidos os resultados da pesquisa fundamentados na literatura, as convergências e divergências, para atender os objetivos de analisar o processo de mudança na ampliação da ESF nas Unidades de Saúde tradicionais no município de Curitiba e identificar as competências gerenciais requeridas dos enfermeiros nesse processo.

O capítulo está organizado de acordo com as categorias que imergiram das quatro classes a partir do processamento dos dados realizados pelo *software* IRAMUTEQ e referenciadas pelas competências gerenciais no processo de mudança propostas por Quinn *et al.* (2012). A sequência da discussão das categorias é a mesma da apresentada nos resultados: o processo de mudança na ampliação da ESF, enfrentamentos e potencialidades na ampliação da ESF, a mobilização para a mudança e a inovação na consulta médica e na do enfermeiro.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O predomínio dos enfermeiros do sexo feminino é confirmado por Brito, Montenegro e Alves (2010). O COFEN concluiu uma pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil, o que possibilitará analisar vieses relacionados aos diferentes perfis profissionais. Embora já tenham sido divulgados parcialmente, aguarda-se a publicação dos referidos resultados (COFEN, 2014).

A idade e o tempo de formação dos enfermeiros demonstram proporcionalidade. A diferença de idade é de até 20 anos entre os enfermeiros gerentes e 27 anos entre os assistenciais; no entanto, todos têm acima de 30 anos e tempo de formação superior a cinco anos, o que sugere certa maturidade pessoal e profissional. O fato de não serem enfermeiros recém-formados justifica-se devido o último concurso público ter sido em 2008 (CURITIBA, 2008). Diferente de um estudo realizado em Goiânia, que aponta que a maioria dos enfermeiros que atuam em US com a ESF são recém-formados (ESPÍNDOLA; LEMOS; REIS, 2011).

Quanto ao tempo no cargo ocupado, os enfermeiros assistenciais têm menos de um ano, pois todos foram remanejados de outras US, conforme a Portaria nº 34 de 9 de maio de 2012. Esta Portaria determinava a convocação dos enfermeiros pelo desempenho na prova específica para o ingresso nas equipes de saúde da família, o que justifica o curto período na função (CURITIBA, 2012). Atualmente vigora a Portaria Nº160 de 5 de novembro de 2013, que dispõe de outros critérios para ingressar nas equipes de saúde da família (CURITIBA,2013c).

Destaca-se a falta ou pouco tempo de experiência na ESF dos enfermeiros gerenciais. Possivelmente, estão em cargos gerenciais há mais tempo, porém esse dado não foi levantado. A experiência de vários anos de 12 enfermeiros assistenciais pode contribuir na organização do processo de trabalho. Faz-se necessário avaliar a sua atuação nessa ampliação e na reorganização da Atenção Primária a fim de identificar o quanto contribuíram na (re)organização do processo de trabalho e os diferentes aspectos que envolvem os profissionais de saúde e os usuários na ampliação da ESF, para que o modelo assistencial voltado às necessidades da população seja adequado e/ou fortalecido. Lentsck; Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010) reiteram a importância do papel dos profissionais de saúde na implementação dos princípios e diretrizes preconizados na ESF.

A Portaria de ingresso nas equipes de saúde da família atual, que privilegia os enfermeiros da própria US, muda esse perfil nas demais US nas quais foram ou serão instituídas equipes de saúde da família (CURITIBA, 2013c). O tempo de atuação na US pretendida e a formação em termos de especialização em saúde da família, coletiva ou pública tem uma pontuação maior na seleção dos candidatos; portanto, os enfermeiros têm maior possibilidade de permanecer na US e compor uma equipe de saúde da família.

Referente à qualificação dos enfermeiros, com exceção de um enfermeiro, a maioria tinha no mínimo uma especialização e, embora em pequeno número, três gerentes tiveram acesso ao mestrado. Entre estes, dois estavam cursando devido às parcerias entre a SMS e instituições formadoras. Destaca-se o predomínio da qualificação em termos de especialização e mestrado dos gerentes e nenhum enfermeiro assistencial com formação *stricto sensu*. Em 2014, uma parceria entre a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a SMS proporcionou acesso ao mestrado profissional para alguns enfermeiros que atuam em US com ESF. A residência foi

oportunizada a um enfermeiro, porém é uma prática formadora recente na SMS para os enfermeiros.

## 5.2 O PROCESSO DE MUDANÇA NA AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste subcapítulo, as discussões fornecem um panorama geral de como se desenvolveu o processo de ampliação da ESF a partir da descrição das mudanças que alavancaram diferentes percepções, vivências, e outros desencadeamentos. Os segmentos de texto que subsidiaram essa discussão foram identificados a partir das palavras ESF, mudança, equipe e processo.

A ampliação do número das equipes de saúde da família está em consonância com as políticas públicas relacionadas à Atenção Primária, e tem na PNAB um dos seus referenciais, definida pelo MS. Considera-se que a ESF é a forma prioritária para reorganizar Atenção Primária. Em 2013, houve uma mudança na gestão do município e conseqüentemente na SMS, o que levou – entre outras mudanças - à reorganização do organograma e a criação do DAPS, para fortalecer a discussão e a reorientação da Atenção Primária no município focado em alinhá-la à PNAB (BRASIL, 2012). A coordenação do Acesso e Vínculo no DAPS foi criada a fim de iniciar um trabalho mais intenso com a equipe, relacionado à educação permanente com o objetivo de melhorar o acesso e o vínculo da população com a US e a sua equipe de referência (CURITIBA, 2013b).

Destacam-se as ações voltadas para aproximar e fortalecer a prática assistencial na Atenção Primária em consonância com os princípios norteadores do SUS, além do exercício da gestão participativa. Nesse contexto, encontra-se o trabalhador, o gestor e/ou gerente e o usuário que agem e reagem de diferentes formas, enquanto protagonistas das mudanças necessárias e/ou instituídas.

Ao analisar os dados da pesquisa e as emoções expressas pelos enfermeiros durante a entrevista, somado à recente trajetória profissional da pesquisadora na educação permanente das equipes de saúde, algumas inquietações impulsionaram uma revisão quanto às diferenças significativas entre US tradicionais e US com

equipes de saúde da família. Dentre elas, a composição da equipe mínima de referência para um território definido, médico generalista ou especialista em saúde da família, número máximo de 4000 pessoas para cada equipe de saúde da família, número máximo de 750 pessoas por ACS cadastramento dos profissionais nas equipes, carga horária de 40h com as variáveis definidas (BRASIL, 2012).

Ao analisar as fortalezas e fragilidades das US tradicionais e de saúde da família na perspectiva dos usuários, Marin; Marchioli e Moracvick (2013), afirmam que, do ponto de vista da estrutura da ESF, esta possui maior possibilidade de implantar o modelo de atenção que atenda os princípios e diretrizes do SUS. Embora o estudo aponte para dificuldades semelhantes entre as modalidades de US relacionadas ao acesso, à consolidação das redes de atenção e a nova lógica de atenção que inclui o médico generalista, conclui que a ESF contribui para a formação de vínculo entre a equipe e os usuários. Constitui-se como maior potencial para conhecer e se aproximar do contexto dos usuários, tanto no social, como no emocional, financeiro e familiar.

Ressalta-se aqui a importância da utilização das tecnologias leves ao realizar “a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança” (FEUERWERKER, 2014, p.41). Ao realizar uma revisão bibliográfica sobre estudos de avaliação do PSF, Lentsck; Kluthcovsky; Kluthcovsky (2010) também reiteram a importância dos profissionais na implantação dos princípios e diretrizes preconizados.

Um dos focos centrais na implantação da ESF são as suas equipes. Portanto, ao inovar com equipes mínimas de saúde da família, faz-se necessário rever a organização do processo de trabalho. A vinculação do atendimento das necessidades de saúde da população exclusivamente à equipe de saúde da família e não aos outros profissionais da US, promove um distanciamento entre estes e a população, em relação à assistência à saúde, embora a responsabilidade seja de todos. A excessiva valorização e encaminhamentos para a equipe mínima da saúde da família em detrimento aos demais profissionais gera conflitos entre essas diferentes equipes.

A compreensão de que a US por meio da ESF reorganiza a atenção à saúde da população adscrita de um território e a inclusão dos demais profissionais da US no mesmo processo de trabalho, tornaram-se desafios a serem vencidos na ampliação da ESF. Nas equipes de saúde da família compostas anteriormente, todos

os profissionais da US estão cadastrados nas equipes de saúde da família; portanto, recebem o incentivo financeiro. O entendimento dos profissionais sobre os significados, interpretações e interesses que envolvem a ampliação da ESF - e expressam mediante seus comportamentos, ações e falas - pode se tornar muito útil para planejar as mudanças que são necessárias. Inclusive nas estratégias que serão utilizadas na informação, negociação e participação da comunidade local, seja por meio do Conselho Local de Saúde, por contatos individuais e coletivos.

Vários enfermeiros identificaram a importância do planejamento para a mudança. Ciampone e Melleiro (2012), ao abordarem o planejamento e o processo decisório como instrumentos de trabalho gerencial, citam o Planejamento Estratégico Situacional (PES) como uma metodologia que surgiu no campo das políticas públicas para a solução de questões políticas e sociais e tem como precursores Carlos Matus e Mário Testa. O reconhecimento da pluralidade de atores envolvidos e os conflitos que decorrem das disputas de poder são valorizados. Matus (1993) e Testa (1995) afirmam que o poder deve ser acumulado por esses atores, pois, sem ele, as possibilidades de mudança são quase nulas. Esse poder poderá ser o político, econômico, administrativo e técnico.

O PES compreende de quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (MATUS, 1993). A compreensão mais ampla, a partir da explicação da realidade que está suscetível à uma ação, faz parte do momento explicativo. É uma situação no presente que sofreu influências tanto no passado como de outros problemas. Matus (1993) ressalta a importância de avaliar a dimensão que o problema tem para os atores envolvidos, no caso dessa pesquisa, à população, aos profissionais de saúde e gerentes da Atenção Primária. O momento normativo incide sobre a estratégia, a decisão e execução de um plano e a norma que irá referenciar este plano. O momento estratégico serve para verificar o que é possível fazer, quais as repercussões, ou melhor, construir a viabilidade das ações e o momento tático-operacional no qual as ações propostas são implantadas, no qual se media o conhecimento e a ação. Essa ação faz parte do plano e não é uma etapa posterior.

Segundo Ciampone e Melleiro (2012), o PES é mais bem aplicado em situações de maior complexidade e na busca por alternativas viáveis para agir na resolução de problemas. Conforme verbalizado por alguns enfermeiros, quanto à

necessidade de planejamento de ações referentes à ampliação da ESF, a adoção de metodologias de planejamento, entre elas o PES, poderá ser muito útil. Demanda o desenvolvimento de competências de planejamento para permitir melhor análise dos problemas e aumentar a qualificação dos processos decisórios.

Um das mudanças que acompanharam a ampliação da ESF foi a intensificação da prática assistencial do enfermeiro, principalmente voltada à consulta de enfermagem, e seus desdobramentos como a aprovação da instrução normativa que estabelece a prescrição de medicamentos, exames, condutas e procedimentos (CURITIBA, 2014j). A priorização de consultórios para os enfermeiros, entre outros, suscitaram alguns dilemas. Constatam o acúmulo de atribuições do enfermeiro e o questionamento quanto ao papel do auxiliar de enfermagem, que não faz parte da equipe mínima de saúde da família, e, portanto, não recebe o incentivo financeiro relacionado à ESF.

Embora haja um esforço para ampliar as equipes de saúde da família, e a ESF seja a mais indicada para promover a reorientação do modelo de atenção à saúde, a Atenção Primária também pode ser realizada a partir de outras modalidades, embora a configuração da ESF seja prioritária e que pode trazer inúmeros benefícios para todos os envolvidos, desde que implementem os princípios e diretrizes preconizados (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

Essa reflexão inclui as atribuições da equipe multiprofissional relacionadas ao processo de trabalho na Atenção Primária. A PNAB caracteriza o processo de trabalho e as atribuições comuns a todos os profissionais, além das específicas. Ressalta-se que a lista de atribuições comuns a todos os profissionais é bem mais ampla do que a específica de cada categoria profissional. Alguns conflitos relatados estavam relacionados ao acúmulo de atribuições do enfermeiro e do próprio auxiliar de enfermagem - da equipe de saúde da família cadastrada - e/ou a resistência dos demais em realizar atividades entendidas como específicas da "ESF", tais como: visita domiciliar, vigilância epidemiológica, alguns procedimentos, entre outros. No entanto, essas atividades estão contempladas na PNAB como comuns a todos os profissionais, desde que observadas as disposições legais de cada categoria profissional. (BRASIL, 2012).

Outro aspecto é que a formação de equipes não assegura o entendimento das necessidades de saúde que não se limitam às biológicas, bem como a

importância da ampliação para ações intersetoriais. Segundo Oliveira *et al.* (2011), a intervenção em saúde, mesmo com a ESF ainda é predominantemente biologicista, curativa e medicalizada, voltada ao cumprimento de metas definidas por profissionais com uma formação tradicional, ou seja, não voltada à promoção da saúde e à prevenção das doenças numa perspectiva interdisciplinar.

Segundo Oliveira *et al.* (2011), a falta de capacitação profissional para atuar crítica e reflexivamente sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença dificulta o enfrentamento dos problemas de saúde da população. Chaves e Egry (2013) também apontam para o caráter biologicista no atendimento à população. Cardoso *et al.* (2011), ao caracterizar o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Primária, evidenciaram a organização do processo de trabalho voltado a atender pessoas com problemas de saúde e recomendaram a educação permanente e ações para transformar o processo de formação desses profissionais, a fim de atuarem na perspectiva da integralidade da atenção.

A influência dos determinantes sociais no processo saúde/doença é reconhecida e a PNAB prevê ações intersetoriais, a fim de alcançar melhores resultados de saúde, diferente de uma das falas na pesquisa que expressou ser a ESF a solução para os problemas de saúde da população. Ao identificar as necessidades de saúde e as suas causas, o profissional se vê impotente, pois ultrapassa o seu campo de atuação. Andrade *et al.* (2013) apontam para a importância da integralidade e intersetorialidade e referem lacunas nas relações de parceria entre os profissionais da rede de serviços.

Ao elucidar alguns nós críticos no contexto da mudança e a sua relação com o papel gerencial do enfermeiro, destacam-se atributos necessários relatados pelos enfermeiros, o da negociação e da mediação. Paula *et al.* (2013) identificaram a liderança como uma das competências gerenciais muito desenvolvidas nos enfermeiros de US saúde da família e que está ligada à negociação, gerenciamento de pessoas e do tempo, o que reforça a importância de desenvolvimento desta competência nas diferentes situações vivenciadas na atuação gerencial.

### 5.3 ENFRENTAMENTOS E POTENCIALIDADES NA AMPLIAÇÃO DA ESF

Neste subcapítulo, as discussões são referentes aos aspectos relacionados aos profissionais de saúde. A partir das palavras: falta, diferença, inovador e salarial, os segmentos de texto foram analisados e as potencialidades e enfrentamentos percebidos na ampliação da ESF.

Durante as entrevistas, percebeu-se o quanto os enfermeiros estavam incomodados e preocupados com a dificuldade de integração da equipe, movida pela diferença salarial entre eles.

A partir da ampliação das equipes de saúde da família em 2013, a SMS optou por inscrever a equipe mínima e assim diminuir os gastos referentes aos salários dos profissionais e facilitar o alcance da meta de ter 100% da população do município contemplada com a ESF. A esse fato foi associada a necessidade de remanejar os enfermeiros e auxiliares de enfermagem contemplados no processo seletivo para a ESF, conforme a Portaria nº34/2012, vigente na época (CURITIBA, 2012) e a transferência de outros profissionais para serem acomodados em US tradicionais, bem como o remanejamento de vários médicos especialistas para substituição pelos médicos generalistas.

Esse fato impactou predominantemente os auxiliares de enfermagem que permaneceram nessas US, mas que não foram inscritos nas equipes. Até então, ter profissionais inscritos nas equipes de saúde da família, com uma média salarial muito maior do que os outros, não tinha sido evidenciado como um grande problema, pois ocorria em US distintas; no entanto, a composição mínima nessas US desencadeou vários conflitos internos relacionados ao processo de trabalho.

Sem um banco de reserva de enfermeiros - já que o último concurso público tinha sido em 2008 (CURITIBA, 2008) - e a dificuldade de lotação de médicos, mesmo com processos seletivos seguidos, bem como a restrição de financiamento para estruturar as US, a ampliação aconteceu, evidentemente com suas dificuldades de composição de equipes e sem a estrutura física ideal.

Outras fragilidades apontadas foram: a dificuldade na organização do processo de trabalho, assim como o desconhecimento de conceitos fundamentais relacionados à Atenção Primária, o que inclui mudanças e semelhanças no processo de trabalho, independente de ter equipes de saúde da família ou não, o que caracterizou a necessidade e a valorização da educação permanente.

A descentralização do SUS, no qual o município assume a responsabilidade pela Atenção Primária, com o encargo dos gestores públicos pelo uso do dinheiro público para o alcance de resultados positivos (VARELA; PACHECO, 2012), justifica a preocupação e o uso de medidas práticas relacionadas à questão do financiamento dessas equipes. A implantação de equipes de saúde da família é uma decisão política municipal, induzido pelo governo federal ao incentivá-la financeiramente (BRASIL, 2012; ALMEIDA, 2014).

A Portaria nº 978/2012 define valores de financiamento pelo MS, do Piso da Atenção Primária variável para as equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela PNAB (BRASIL, 2012), com um valor fixo por equipe, portanto, o município arca com os custos excedentes. Em Curitiba, a regulamentação da Atenção Primária está pautada no Decreto nº 560/2013 (CURITIBA, 2013d), no qual são definidas as gratificações referentes à inserção na equipe de saúde da família e demais benefícios. Portanto, não se justifica inscrever um número maior de profissionais do que o mínimo exigido quando o município não pode ou não quer assumir essas despesas.

Em relação aos aspectos financeiros desta nova modalidade de equipe no município, descritos anteriormente, não se pode menosprezar outras questões envolvidas. A influência da remuneração no processo de trabalho confirma a complexidade na dinâmica das relações que ocorre na dependência de atores reais. A imersão nessa análise a partir da posição e referencial do profissional, e a consideração da micropolítica como um plano de análise no qual se estabelecem as relações com os seus limites e possibilidades, permitem maior visibilidade para encontrar as respostas às dificuldades vividas (FEUERWERKER, 2014).

Ao analisar os interesses dos profissionais ao trabalhar, Morgan (2011) afirma que cada profissional trabalha por interesses diversos e um deles é o financeiro. Quando este está em desequilíbrio, ou seja, o interesse nele é muito maior do que no interesse da realização profissional ou outro, busca-se mecanismos compensatórios. Um deles foi a diferenciação no trabalho dos auxiliares de enfermagem, relatada por alguns enfermeiros. Os participantes citaram a visita domiciliar como atribuição exclusiva para os integrantes da equipe mínima, embora

seja uma atribuição de todos os profissionais da Atenção Primária, o que não caracteriza exclusivamente a ESF, conforme a PNAB (BRASIL, 2012).

Outro fator que dificultou a integração foi a dificuldade dos auxiliares de enfermagem que não eram da equipe mínima considerarem o enfermeiro da equipe de saúde da família como sua referência. Isto não aconteceu em uma US que também tinha enfermeiros lotados com a carga horária de 30h; logo, não eram da equipe de saúde da família. A atribuição gerencial da equipe de enfermagem é do enfermeiro, e necessária para a condução do processo de trabalho. Kawata *et al.* (2011), ao pesquisarem os atributos mobilizados pela enfermeira na ESF, citam a capacidade de integrar e liderar uma equipe de saúde da família.

O trabalho multiprofissional transcende o da ESF para a Atenção Primária, independente de ser da equipe mínima de saúde da família. Portanto, faz-se necessário buscar estratégias para que esses auxiliares de enfermagem com carga horária de 30 horas sejam integrados no processo de trabalho das equipes, mesmo que formalmente não sejam cadastrados nessas equipes. Na busca por alternativas, alguns coordenadores de US referenciaram cada auxiliar de enfermagem de 30 horas a uma equipe de saúde da família na tentativa de integrá-los e facilitar o processo de trabalho.

O processo de trabalho com equipes de cargas horárias diferentes, especialmente na enfermagem, demanda capacidade gerencial. Felli e Peduzzi (2012), descrevem a gerência relacionada ao processo de trabalho de enfermagem e abordam o gerenciamento focado no indivíduo e na organização, denominado modelo racional e o outro centrado nas práticas sociais denominado de modelo histórico-social. Este busca dar respostas às contradições e tensões do cotidiano dos serviços e propõe dar maior autonomia dos sujeitos envolvidos no cuidado, trabalhadores e usuários, a fim de satisfazer as necessidades de saúde da população.

Apesar dos diversos esforços para minimizar esses conflitos, e a educação permanente ser uma estratégia importante e já muito utilizada, a SMS, enquanto gestora do processo de ampliação da ESF, também tem uma responsabilidade para buscar alternativas viáveis para resolver o impasse. Nesse sentido, o município estuda uma nova proposta remuneratória (SISMUC, 2014).

Gerenciar equipes caracterizadas pela heterogeneidade em vários aspectos e manter o foco na apreensão e satisfação das necessidades de saúde, além das biológicas, num contexto histórico e social, implica em diversas formas de organizar o trabalho a fim de prestar uma assistência com qualidade (FELLI; PEDUZZI, 2012).

O processo de trabalho na Atenção Primária requer planejamento e organização pela equipe multiprofissional. A PNAB define algumas características do processo de trabalho das equipes para nortear o planejamento: definição do território e da população, programação e implementação das atividades de acordo com as necessidades da população, priorização das intervenções conforme os critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, independente de ter a ESF ou não (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que entre algumas especificidades da ESF, esta possibilita aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária e assim ser mais resolutiva, ter maior impacto na vida das pessoas e melhores resultados na relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

As mudanças relatadas como a territorialização, a visita domiciliar, a centralização da entrega de medicamentos na farmácia, o aumento de serviços oferecidos conforme a carteira de serviços, elaborada pelo DAPS e que prevê maior resolutividade na Atenção Primária (CURITIBA, 2014a), não caracterizam exclusivamente as US com a ESF. Portanto, as falas que atribuem determinadas mudanças exclusivamente à ESF denotam a necessidade de reflexão e consolidação de alguns conceitos fundamentais relacionados à Atenção Primária numa perspectiva hermenêutica e dialética, o que inclui a interdisciplinaridade no processo de trabalho.

A ESF prevê que o foco da atenção seja o indivíduo num contexto familiar, o individual como o coletivo, num território com características específicas para atendimento das diferentes necessidades expressadas ou omitidas, ou não percebidas pelo indivíduo, população e/ou pelos profissionais de saúde. Para atender às necessidades, é preciso analisar o processo de trabalho a fim de compreender de que forma ele se articula para que sejam reconhecidas e atendidas pelos profissionais, considerando suas potencialidades e fragilidades (GRAZIANO; EGRY, 2012).

A função gerencial do enfermeiro, prevista na lei do exercício profissional, é inerente em todos os espaços de atuação, pois dificilmente ele se deparará em alguma situação na qual não tenha uma equipe para liderar, quer seja a de enfermagem ou de outros profissionais, como, por exemplo, uma equipe multiprofissional. Especificamente na equipe de saúde da família, o enfermeiro frequentemente coordena esses profissionais e há um número significativo de enfermeiros em cargos gerenciais de US e em outros locais. Assis *et al.*(2010), ao evidenciarem o predomínio do enfermeiro como gestor num estudo sobre o perfil socioprofissional dos gestores e das equipes de saúde da família, atribuem esse fato à formação que inclui disciplinas de administração nos cursos de graduação em enfermagem.

O gerenciamento da equipe de profissionais inseridos num contexto tão dinâmico, no qual pairam as diferentes percepções e entendimentos sobre a Atenção Primária, o trabalho numa US com a ESF, equipes heterogêneas, conforme descrito anteriormente, e profissionais altamente motivados, experientes e comprometidos são essenciais para o sucesso na mudança.

Ao avaliar o trabalho educativo do enfermeiro na ESF, Roecker, Budó e Marcon (2012) apontam para o fato de que o trabalho é influenciado pelo perfil, formação e comprometimento profissional. Essas potencialidades também foram citadas pelos enfermeiros, tanto gerenciais como assistenciais, ao serem questionados sobre fatores que facilitaram o processo de mudança na US.

#### 5.4 A MOBILIZAÇÃO PARA A MUDANÇA

Neste subcapítulo, as discussões permeiam aspectos relacionados à mobilização para a mudança, dentre eles: a comunicação, a educação permanente e a gestão compartilhada, advindos dos resultados da Categoria 3. Os segmentos de texto foram analisados a partir das palavras reunião, distrito, DAPS e participar, de forma isolada e associada.

A reunião foi o meio mais citado pelos entrevistados para que houvesse comunicação entre as partes envolvidas, ou seja, equipe, comunidade e o Conselho

Local, DS e DAPS. O processo de ampliação da ESF necessitou um tempo significativo para informar, discutir, esclarecer e ouvir - palavras usadas pelos entrevistados, sobre os vários aspectos que envolvem a mudança, como: recursos humanos, composição e atribuições das equipes, remunerações variadas conforme a carga horária, remanejamento, reformas, territorialização, processo de trabalho, entre outros. Os enfermeiros citaram a presença do DAPS nas reuniões de forma muito enfática, além dos representantes dos distritos, o coordenador da gestão e/ou atenção e o diretor como participantes.

Em muitas US, principalmente as que já têm a ESF, a reunião semanal, quinzenal ou mensal das diferentes equipes de trabalho (ACS, equipes de saúde da família, equipe da US, entre outras) já estava institucionalizada. Nas US tradicionais também houve avanços; muitas delas, com o apoio do Conselho Local, já realizavam reuniões quinzenais ou mensais em horários de menor circulação de usuários, geralmente no horário de almoço. A terceira fala aponta para a dificuldade de participação dos profissionais e a importância da discussão sobre o processo de trabalho. Também citaram reuniões à noite ou mesmo no sábado; no entanto, sempre com o objetivo de não interferir no atendimento ao usuário e de facilitar a participação dos profissionais.

Segundo Feuerwerker (2013), ao longo da história do SUS, a perspectiva dominante considerou o trabalhador como um recurso e o usuário como objeto de intervenção. Porém, atualmente, já são reconhecidos como atores sociais ativos que atuam tanto na micropolítica dos diferentes espaços institucionais como na definição de políticas. Na gestão do trabalho e educação na saúde houve a negligência, uma vez que o recurso humano era administrado como mais um insumo. Contudo, é possível afirmar que, no presente, já ganha algum espaço na intervenção política do governo federal.

Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014) na revisão sistemática referente à gestão da educação na saúde no Brasil, trazem esse histórico na evolução da valorização do trabalhador com a descentralização das políticas sociais à luz dos diversos autores pesquisados. Confirmam o reconhecimento do papel fundamental do trabalhador enquanto ser pensante, capaz de refletir, propor e modificar a sua prática profissional, bem como o envolvimento dos gerentes, usuários e comunidade na produção do conhecimento.

Portanto, há o questionamento quanto ao processo de formação desses trabalhadores e a desconstrução do paradigma de excessiva valorização do saber buscado na academia, de forma verticalizada e distante da prática, para uma convergência de ensinamentos que ocorre nos diversos espaços, inclusive no e para o cotidiano do trabalho. Nesses espaços micropolíticos com suas diferentes vivências, são fabricados novos problemas, apontadas soluções e produzidas as relações (FEUERWERKER, 2013; 2014).

Na revisão sistemática citada anteriormente, os autores evidenciaram na maioria dos artigos, a educação permanente como escolha teórico-conceitual do tema educação na saúde para fundamentar a formação para o SUS. Desses, vários referenciaram a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde proposta pelo MS em 2004 (BRASIL, 2009a; MACÊDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014). Embora a educação permanente enquanto política pública tenha sido adotada como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores por meio da portaria nº 198/2004 (BRASIL, 2004a), a sua implementação ainda é desafiadora e merece destaque nas discussões acerca do processo formador dos trabalhadores.

A educação na saúde, segundo o glossário temático do MS (BRASIL, 2009b) refere-se à formação e desenvolvimento para atuar em saúde ao produzir e sistematizar o conhecimento, o que envolve práticas de ensino, diretrizes curriculares e a orientação curricular. Falkenberg *et al.* (2014) afirmam que a educação permanente e a continuada são as duas modalidades da educação no trabalho em saúde, as quais foram citadas na terceira e quarta fala como “discutir o processo de trabalho” e “treinamento” respectivamente.

Diferentes conceitos são construídos com a finalidade de distinguir a educação continuada, utilizada anteriormente à educação permanente. Esta nos últimos anos ganhou destaque; no entanto, percebe-se certa dificuldade na diferenciação das duas. Na literatura atual encontram-se inúmeras definições que essencialmente consideram a educação continuada relacionada à escolarização formal, na qual o trabalhador adquire informações técnico-científicas. Já a educação permanente está voltada à problematização do processo de trabalho em saúde a fim de transformar a organização do trabalho e as práticas profissionais. Vale ressaltar que a educação continuada - também conhecida como capacitação - não está necessariamente atrelada à educação permanente; no entanto, esta pode incluir a

educação continuada no processo de formação dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 2009a).

Diante dessas considerações, é justificável a realização das diversas reuniões com os trabalhadores das US e os gerentes. Embora o objetivo maior dessa pesquisa não seja a educação permanente, essa categoria analisada remete à importância de espaços de reflexão e discussão para propor e executar ações emanadas desse contexto. Segundo Cecilio (2010), o conhecimento gerado por meio da educação permanente contribui para “iluminar” e (re) significar as práticas dos trabalhadores.

Outro enfoque dado à reunião pelos entrevistados é a sua associação com o planejamento das ações: remetem ao termo “gestão compartilhada”. A SMS propôs a gestão colegiada e orientou quanto à importância de colegiados para a discussão do processo de trabalho, o que identificaram como uma reunião.

Campos (1998) descreve um Modelo de Gestão para Sistemas e Estabelecimentos de Saúde e dá várias denominações a este novo método, entre eles o de gestão colegiada, por meio da formação de colegiados gestores nos diferentes níveis de decisão. O método da gestão colegiada baseia-se no conceito da cogestão ao invés da auto-gestão. Todos participam e decidem, são organizados internamente e não incluem os usuários, mas são subordinados aos Conselhos de Saúde (FEUERWERKER, 2013).

Ao avaliar o processo de implantação das Unidades de Saúde Familiar em Portugal, Rocha e Sá (2011) afirmam que os gestores e profissionais destacaram o caráter participativo nas tomadas de decisão, a gestão colegiada e a capilarização das informações entre a equipe da US.

Segundo Cecilio (2010), a gestão colegiada tem sido adotada nos diversos equipamentos desde a criação do SUS e é considerada um instrumento inovador da gestão. Ela se contrapõe ao autoritarismo, pouca comunicação, alienação dos trabalhadores e a falta de sensibilidade quanto às necessidades do usuário; portanto, é reconhecida como um espaço de participação e decisão dos trabalhadores. Mas também pode ser percebida como um espaço de imposição e “luta”. Ao pesquisar os colegiados, o autor aponta para a dinâmica do funcionamento do colegiado nas US quanto à relação do coordenador e dos seus participantes ao se submeter (ou não) às decisões do colegiado, conflitando com os seus interesses

ou decisões pessoais. Os representantes do colegiado também podem, seja das classes profissionais ou das equipes de referência, ficar em descrédito perante seus pares ao verificar que suas decisões foram contrariadas pelo coordenador.

Portanto, ao concluir, Cecilio (2010) afirma que o colegiado é um espaço fortemente político, no qual sempre o poder, a autoridade e o controle da decisão estarão presentes. A representação do governo sempre se dará pelo coordenador; mas outras instituições também terão sua representatividade como a medicina, enfermagem, a burocracia, e, neste contexto, será necessário elaborar outras formas de relacionamento entre eles. O colegiado poderá ser visto como uma chance de maior emancipação dentro da instituição, e também como uma oportunidade de alinhamento das equipes em relação às diretrizes já determinadas. Para conviver com essas duas tendências, o autor indica o que se faz necessário: a educação permanente. Para que, por meio dela, o coordenador compreenda e se instrumentalize para criar novas oportunidades na condução e participação do colegiado gestor. O colegiado também não pode ser considerado como único instrumento de cogestão para a convergência de interesses individuais e institucionais; portanto, sugere a formação de grupos de trabalho para situações e/ou problemas específicos - como na discussão de casos, projetos terapêuticos - e que se tenha o cuidado como foco de atenção.

Ao analisar a comunicação referente à ampliação da ESF entre a comunidade que frequenta a US, e por meio da sua representatividade no Conselho Local de Saúde, destaca-se o envolvimento deste na mobilização para a ampliação da ESF. O Conselho de Saúde foi criado para fortalecer o controle social previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2007a). A participação da população é um dos princípios do SUS destacada na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) e a Lei nº 8.142 que dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS nas diversas instâncias (federal, estadual e municipal) por meio do Conselho de Saúde. Sua composição se dá pelos representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...” (BRASIL, 1990b). No entanto, ao analisar o movimento da reforma sanitária, a mobilização social para alavancar mudanças nas

políticas públicas já aconteceu antes do controle social ser institucionalizado (PAIM, 2012).

Feuerwerker (2014) em relação à construção democrática do SUS e à participação de usuários e trabalhadores na produção de políticas de saúde, questiona a reserva de determinados espaços para a participação política dos usuários por meio dos conselhos e conferências. Aponta que nesses espaços formais, acontece no máximo a legitimação das políticas já produzidas em outros lugares, e que tendem a produzir consumidores e não cidadãos.

Várias pesquisas apontam para aspectos limitadores na atuação dos Conselhos de Saúde. Bispo Junior e Martins (2012) citam a baixa frequência na realização das reuniões, a desmotivação, o predomínio de interesses próprios dos representantes, o despreparo dos conselheiros, que, apesar de não serem suficientes para promover a mobilização social e participação comunitária, podem evoluir para espaços democráticos e contribuir para a consolidação do SUS. Ressaltam ainda que o Conselho de Saúde não deve ser um mero cumpridor do papel de aprovador das propostas. Sampaio (2010) afirma que a imposição de criar o Conselho Local leva a sancionar as decisões tomadas pelo governo. No entanto, não se pode negar a diversidade no grau de participação neles e a existência de experiências inovadoras de transformação nos serviços de saúde embalados pela comunidade local.

Embora não tenha sido avaliado o grau de envolvimento do Conselho Local nos processos decisórios na implantação da ESF, os entrevistados, ao se referirem à comunicação entre o Conselho Local e a gestão, usaram palavras como: mobilização, explicar o processo, conversar com a comunidade, orientação, informar, aceitar, o que não denota o empoderamento da comunidade. Segundo Draper, Hewitt e Rifkin (2010), este aconteceria no nível mais alto no modelo de cinco níveis de participação e teria a participação da comunidade no planejamento, avaliação e monitoramento dos serviços.

Os entrevistados apontaram para a dificuldade de integração entre o DAPS, DS e a US. Outros referiram a falta de compreensão do DS tanto quanto à proposta do DAPS. Um gerente entrevistado abordou a importância de como a informação é recebida. Também referiram os avanços ocorridos durante essa vivência.

Os entrevistados perceberam a dificuldade de integração entre o DAPS, DS e US, uma vez que abordaram a falta de informação e compreensão do DS quanto às mudanças necessárias e a maneira de repasse das informações. A comunicação, implica no envolvimento dos diferentes atores que se inserem na ampliação da ESF, pode ser avaliada segundo o seu conteúdo e de como este é comunicado.

Garcia-Santos e Werlang (2013) constataram por meio de um estudo referente a gerentes de alto desempenho e os aspectos de suas personalidades preditores de sucesso profissional, que eles têm alta habilidade de perceber, articular de modo organizado e eficiente as relações entre os atores a fim de solucionar problemas. Possuem a capacidade de trabalhar em equipe de forma cooperativa. Conforme a última fala, houve uma evolução na integração entre os setores envolvidos, possivelmente o reconhecimento da importância de cada um e o desenvolvimento da capacidade de articulação. Neste avanço as habilidades relacionadas à comunicação foram desenvolvidas.

## 5.5 A INOVAÇÃO NA CONSULTA MÉDICA E NA DO ENFERMEIRO

Os segmentos de texto que foram analisados a partir das palavras médico, atender, consulta e paciente, se caracterizavam por evidenciar a palavra isoladamente, como também associada a várias palavras listadas em cada classe. Embora a palavra enfermeiro não tenha sido tão frequente nesta classe, na frequência total das palavras está quase em igual número da palavra médico, e vários segmentos de texto remetem à consulta do enfermeiro.

As subcategorias acesso avançado, ampliação do horário de atendimento até às 22 horas e a avaliação do usuário para encaminhamento ao profissional mais indicado para resolver a situação, representadas pelas primeiras três falas, serão discutidas a seguir.

As práticas inovadoras citadas visam ampliar o acesso e vínculo da população com o serviço e os profissionais, independente de ter a ESF ou não. No entanto, o foco do trabalho relacionado ao acesso, inicialmente foi direcionado às US

tradicionais nas quais foram constituídas equipes de saúde da família no primeiro semestre de 2013.

O agendamento das consultas, predominantemente médicas era organizado de forma que alcançasse as metas pré-determinadas, ou seja, o número de consultas geralmente era fixo. Quanto às consultas dos enfermeiros, em muitas US, as consultas não faziam parte da rotina de trabalho, ou eram realizadas em número restrito. Outros já trabalhavam com uma agenda aberta, no entanto, não era uma prática institucionalizada. Quanto ao horário de atendimento, as US funcionavam das 7h-19h, com algumas exceções, ou seja, havia a restrição para atendimento no horário comercial, e após às 19h a única opção para atendimento eram as UPAs e o serviço de urgência e emergência de alguns hospitais.

O acesso da população aos serviços de saúde é uma dificuldade enfrentada no Brasil e em outros países. Portanto, é um tema discutido amplamente nacional e internacionalmente a fim de melhorá-lo e atender às necessidades reais da população. Murray e Berwick (2003) já apontavam os diversos modelos de agendamento existentes e que perduram até hoje nos nossos serviços. Entre eles o modelo no qual se prioriza a demanda urgente e os casos não urgentes são pré-agendados, deixando agendas apazadas para um ou mais meses. Muitas dessas demandas convertem-se em urgências, insatisfações e descrédito no serviço.

Outra possibilidade de agendamento denominada de *Carve Out*, segundo Murray e Berwick (2003), é muito utilizada, e prevê a demanda urgente com antecedência. Portanto, reserva-se um espaço na agenda do médico. Embora traga algum alívio para quem administra a agenda, muitas vezes o profissional que é designado para atender os casos urgentes não é da equipe de referência do usuário, o que não favorece o fortalecimento do vínculo e a continuidade do cuidado. Além de que na falta da demanda de urgência, deixa-se de atender casos não urgentes, ou o contrário, a agenda lotada de casos urgentes leva a buscar alguma vaga nos horários já reservados, denominado de “encaixe”. Tanto na forma de agendamento tradicional como na de *Carve Out*, a tendência de encaminhar para uma UPA é muito grande.

Knight e Lembke (2013) apontam para a vantagem do pré-agendamento, pois facilita o planejamento do compromisso, principalmente para os portadores de doenças crônicas que dependem de transporte e auxílio de outros. Estes autores

citam que existe outra forma de agendamento que é a do dia, ou seja, determina-se o número de consultas ofertadas para o dia e ao lotar a agenda, os demais usuários são encaminhados para a UPA ou solicita-lhes que retornem no próximo dia.

A opção de melhorar o acesso - denominado de acesso avançado - propõe a atender a demanda do dia, ou seja, o usuário que vai à US terá suas necessidades atendidas dentro das possibilidades reais do serviço, sem pré-determinar o número de consultas para cada profissional. Para tanto, os enfermeiros, médicos e demais profissionais da US dispõem de agendas abertas durante todo o turno de trabalho. Durante o período de visita domiciliar, reunião de equipe ou outras atividades programadas ou não, o usuário é atendido por outra equipe definida anteriormente, denominada de equipe-irmã (CURITIBA, 2014b).

Knight e Lembke (2013) apontam algumas desvantagens, pois a concentração de uma grande demanda num período pode aumentar o tempo de espera e os profissionais poderão se sentir pressionados para agilizar o atendimento. Os mesmos autores também citam algumas vantagens à população ao implantar o acesso avançado: atendimento das necessidades urgentes ou não e no horário que melhor lhe convém, diminuição do tempo de espera, o fortalecimento do vínculo entre a equipe de referência e a população, o tempo de consulta determinado pela necessidade e o agendamento ao profissional indicado. A equipe também é beneficiada, pois, durante o acolhimento poderá dizer muito mais “sim” do que não, o que reduz o estresse e favorece um bom ambiente de trabalho. A continuidade eficaz do acompanhamento pela equipe de referência e a diminuição do tempo de atendimento devido ao conhecimento do histórico do usuário também são algumas vantagens para o profissional.

Embora recomendado internacionalmente, há mais de uma década, e já praticado em diversas cidades brasileiras - inclusive em várias US de Curitiba - o acesso avançado está sendo divulgado e discutido de forma mais intensa na SMS. É caracterizado como um tema prioritário na educação permanente das equipes de saúde e fortalecido pela criação da coordenação do acesso e vínculo do DAPS da SMS que atua junto às US e DS em atividades de educação permanente com os gerentes e as equipes assistenciais. Além da produção e divulgação do material de apoio sobre as novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde (CURITIBA, 2014b).

Não se deve negar que a falta de recursos humanos pode ser um empecilho na implantação do acesso avançado, no entanto, Murray e Berwick (2003) apontam para que se conheça o tamanho da população e a demanda, a estrutura física da US para consultórios suficientes, a fim de equiparar a demanda e a capacidade de atendimento. Portanto, para que o acesso seja implantado, a mudança precisa ser avaliada com cautela (KNIGHT; LEMBKE, 2013).

A ampliação do horário de atendimento até às 22 horas também foi uma ação inovadora e que contribui para facilitar o acesso à APS, principalmente à assistência médica, de enfermagem e odontológica, procedimentos e entrega de medicações, com foco no atendimento aos que trabalham no horário comercial e a seus dependentes, pois este horário de atendimento é um fator que dificulta o acesso dessa demanda (SILVA *et al.*, 2012).

Além de facilitar a assistência à população em situações agudas no seu território adscrito e diminuir a demanda nas UPAs, o horário estendido favorece a continuidade do cuidado. No entanto, a complexidade da (re)organização do processo de trabalho dos profissionais com diferentes cargas horárias, médicos que trabalham 20 ou 40 horas, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e por ter equipes da ESF com um profissional de cada categoria da enfermagem – portanto, com carga horária de 40 horas e demais auxiliares de enfermagem e/ou enfermeiros das US com 30 horas - reforça a importância de intensificar a educação permanente no serviço para que o processo de trabalho seja organizado no contexto de cada US.

Ao apontar para os cuidados primários centrados no usuário, The Lancet (2014) cita o avanço rápido on-line ou por telefone para contato entre a população e a Atenção Primária. Ponte (2011) num estudo sobre a utilização do correio eletrônico entre a US e a população cita entre as vantagens: a maior liberdade de acesso, menor custo, o registro da informação, a divulgação de informações para a educação em saúde. A utilização do telefone e meios eletrônicos para fortalecer e agilizar o contato com o usuário é uma proposta inovadora na SMS (CURITIBA, 2014b); no entanto, essa forma ampliada de acesso não foi evidenciada nas falas dos enfermeiros.

Embora várias ações relacionadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde estejam em fase de implantação, faz-se necessário o aprofundamento na

compreensão do acesso aos serviços e no seu avanço para a melhoria do atendimento e da satisfação das reais necessidades da população. Pois não se pode limitá-lo a uma mera oferta de serviços, embora seja uma das concepções e uma fragilidade nas US. A compreensão de que nem sempre a necessidade avança para uma demanda, e que esta pode não se utilizar do serviço de saúde, precisa ser analisada ao se refletir sobre o acesso. Há de se considerar que ele é um direito universal e que permeia pela equidade. É o Estado que tem a atribuição de viabilizá-lo por meio de ações concretas e responsáveis (SANCHO; SILVA, 2013).

A avaliação do usuário para encaminhamento ao profissional mais indicado para resolver a situação, predominantemente o enfermeiro, remete à importância do trabalho de uma equipe multiprofissional capaz de ser resolutiva e não centrar o encaminhamento de todas as demandas para o médico. Por anos a avaliação do auxiliar de enfermagem para o agendamento da consulta médica – e que poderia ser caracterizada como uma pré-consulta - teve o seu espaço. Parte desta prática ainda continua, especialmente, ao avaliar as medidas antropométricas e sinais vitais em gestantes e crianças são avaliados. Possivelmente a instituição do protocolo de Manchester para que o enfermeiro avaliasse todo usuário com alguma queixa para priorização ou não na agenda médica (MANCHESTER, 2010), bem como a diminuição da função avaliativa do auxiliar de enfermagem contribuíram para que a demanda remetesse predominantemente à consulta médica.

O papel do enfermeiro em muitas US, especialmente nas que não tinham a ESF implantada, predominava em ações relacionadas ao gerenciamento da equipe de trabalho e atividades burocráticas. Embora os enfermeiros e a equipe do NASF também atuassem no cuidado, a falta de uma avaliação inicial para verificar a necessidade do usuário e o enfraquecimento do papel assistencial do enfermeiro caracterizaram a realidade de muitas US. No entanto, esse resgate do papel assistencial do enfermeiro no cuidado e de forma mais autônoma, além do fortalecimento da importância dos outros profissionais de saúde, está contemplado na PNAB que rege a composição e atribuições da equipe multiprofissional nessa esfera de atuação (BRASIL, 2012). Novas possibilidades quanto ao fluxo de atendimento nas US foi sugerido; assim, cada equipe de referência avalia e direciona o seu usuário para o profissional mais indicado para atender as suas necessidades (CURITIBA, 2014b).

Em diversas falas, ficou evidenciada a valorização da consulta do enfermeiro, bem como a consulta compartilhada entre o enfermeiro e o médico.

Percebe-se uma iniciativa da equipe gestora da APS no município para fortalecer o papel assistencial dos profissionais, com especial atenção ao enfermeiro. A valorização e o incentivo à consulta do enfermeiro e a desconstrução do atendimento - segundo critérios relacionados aos problemas de saúde ou aos grupos prioritários, entre eles, hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças – visam promover o acesso a toda a população que tenha alguma necessidade de saúde (BRASIL, 2012; CURITIBA, 2014a). A instrução normativa que define a prescrição de medicamentos, solicitação de exames, condutas e procedimentos dos enfermeiros da SMS (CURITIBA, 2014j), além da pactuação do número de consultas do enfermeiro em 12 consultas/dia, tem promovido sua atuação assistencial.

Diante dessas ações, o enfermeiro tem expressado diferentes posicionamentos, como a satisfação em atuar com maior autonomia na assistência, a legalização da sua prática, a desconfiança e questionamento quanto aos reais objetivos ao aplicar essas estratégias, o desinteresse e a falta de pró-atividade na reestruturação do seu processo de trabalho. No entanto, vale ressaltar que independente da resposta inicial do enfermeiro, essa ação instigou à reflexão e discussão sobre o processo de trabalho, não só do enfermeiro, mas também de outros profissionais da equipe.

Silva *et al.* (2010), ao analisarem a produtividade do enfermeiro em relação às consultas em 2005, apontaram para o seu baixo índice, apesar do respaldo legal e institucional, conferido por meio da pactuação de metas definidas no Plano Operativo Anual (POA) para cada US. Referendavam uma reflexão acerca da vulnerabilidade dessa ação e sua invisibilidade perante a sociedade. Embora o número de consultas tivesse em ascendência entre 2007 e 2011, e um aumento de mais de 100% no número de consultas dos enfermeiros no município em 2013 em relação a 2012 (CURITIBA, 2014e), faz-se necessário avaliar a sua qualidade, a sistematização da assistência, o seu impacto para a população e a sua contribuição na formação dos alunos. Desta forma, intensificando a relação entre o ensino e o serviço, a teoria e a prática, a promoção da visibilidade do enfermeiro assistencial perante a equipe de trabalho e a população.

O papel assistencial do enfermeiro foi confirmado ao longo de sua trajetória histórica pelas significativas contribuições de muitas enfermeiras, entre elas, Florence Nightingale, grande símbolo da enfermagem (NIGHTINGALE, 1989). A ampliação para outras frentes de atuação, tais como gestão, educação, pesquisa e política, nos diferentes cargos e atribuições, tem como maior referencial legal a Lei do exercício profissional ao remeter o cuidado como trabalho do enfermeiro. A consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, prevista na Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 1986) caracteriza e valoriza o cuidado no trabalho do enfermeiro, especialmente na saúde coletiva. Santos, Montezeli e Peres (2012) apontam para a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como instrumento científico que contribui para maior visibilidade do enfermeiro.

Ao avaliar a Atenção Primária na Espanha e na Catalunha, López (2011) remete às novas perspectivas na formação e assistência de enfermagem e à atuação em várias áreas, entre elas, o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico, terapêutica, atividades preventivas e de promoção, ensino e pesquisa. Cita a consulta de enfermagem como atividade desenvolvida pelo enfermeiro e inclui o atendimento à demanda direta e imediata do usuário e não só a pré-agendada.

Ao focar no trabalho assistencial do enfermeiro - entre ele, a consulta e a sua representação tanto para ele como para a equipe multiprofissional e população - faz-se necessário refletir sobre a re(significação) dessa dimensão inserida num contexto no qual vários aspectos merecem ser avaliados: a complexidade da integração das diferentes frentes de atuação, em especial a do gerenciamento e assistência ao confluir para o mesmo objetivo, ou seja, para atender as necessidades da população.

A consulta compartilhada foi incluída institucionalmente para o fortalecimento do acesso e aumentar a resolutividade. Evidenciou-se o esforço em adequar a estrutura, tanto física como de materiais e equipamentos das US, para que tivesse a disposição dos consultórios médicos e dos enfermeiros próxima, a fim de facilitar a consulta compartilhada. Portanto, a troca de saberes e experiências para o atendimento ao usuário pode ser facilitada pela proximidade das salas (CURITIBA, 2014b).

O compartilhamento entre profissionais é vivenciado por meio das diferentes práticas; no entanto, tal como ocorre no apoio matricial, citado por Prates, Garcia e

Moreno (2013), a consulta compartilhada entre o enfermeiro e o médico também promove a sua integração e a troca e utilização do conhecimento e experiências durante as consultas, a fim de alcançar uma visão integrada ao assistir em busca da resolutividade.

Quanto às barreiras relacionadas às ações descritas, as falas evidenciam a procura predominante pela consulta médica na US, especificamente, do especialista, pediatra e gineco-obstetra. Relatam a dificuldade de vincular a população de uma área adscrita à sua equipe e à falta de estrutura física, especialmente, consultórios para os enfermeiros.

A grande procura pela consulta médica e do especialista, na US, pode ser analisada sob vários aspectos: o processo de trabalho nas US, que centraliza a consulta médica, associada a dificuldades no acolhimento; a formação profissional médica, cuja especialidade em saúde coletiva, saúde da família e comunidade não era muito procurada; a invisibilidade dos outros profissionais quanto ao seu papel assistencial; e a construção histórica, política e econômica no contexto da saúde brasileira, da qual o município de Curitiba também participa.

Paim (2008a) analisa os modelos hegemônicos de atenção e alternativas vigentes, e afirma serem contraditórios e complementares: o médico-hegemônico e o modelo sanitário. Reporta o modelo médico assistencial privatista ao modelo hegemônico. Paim (2012), ao debater o texto de Mario Rovere, refere que, ao analisar o modelo de atenção hegemônico, remete à determinação pelo poder econômico e político no direcionamento das intervenções de saúde, submetidos a uma ordem mundial.

Fazer uma Atenção Primária focada nos pobres e na medicalização remete a promover o desenvolvimento do capitalismo, considerado na evolução histórica da atuação médica, inclusive na Atenção Primária. A influência da medicina flexneriana, focada na assistência ao doente e não na prevenção das doenças e promoção à saúde, na especialidade e no ambiente hospitalar, também alcançou o setor público, fortalecendo essa ação médica (PAIM, 2008b).

Nessa perspectiva, abre-se a possibilidade de um leque de discussões acerca das relações entre os serviços públicos e privados no sistema de saúde brasileiro, a formação médica e a maior valorização de algumas especialidades, a influência política e econômica nas intervenções de saúde, além de avançar na reflexão sobre

as ações intersetoriais e a mobilização social relacionada aos determinantes sociais. No entanto, o foco dessa pesquisa está no novo cenário que se abre para adequar a centralidade nos interesses (necessidades) do cidadão e a atuação de uma equipe multiprofissional em detrimento ao medicocentrismo, no qual outras categorias profissionais de saúde contribuem numa perspectiva complementar ao serviço médico à pessoa doente.

Atualmente convive-se com essa realidade paralelamente à desconstrução da concepção de que a centralidade do médico, preferencialmente do especialista, determina a qualidade do serviço, em especial na APS. Num estudo internacional Rocha e Sá (2011) apontam para a dificuldade de mudar a prática médica centrada com predomínio nas práticas individualizadas.

A valorização da equipe multiprofissional com foco nas necessidades da população, na concepção de incluir as pessoas que não percebem seus problemas de saúde e/ou não participam de ações preventivas e promocionais relacionadas à sua saúde e que não fazem parte da demanda espontânea da US são ações a serem fortalecidas. A inserção do médico de família em substituição ao médico clínico, pediatra e obstetra nas US, e o reconhecimento da sua importância perante à população e a própria equipe ainda são desafiantes. Relacionar essa dinâmica, que permeia as profissões ao processo de trabalho no âmbito da APS, é essencial e pertinente no contexto brasileiro atual (BRASIL, 2012).

Essa remodelagem, prevista na PNAB (BRASIL, 2012), que considera a ESF como forma para reorganizar a atenção básica no Brasil numa rede de serviços, prevê equipes multiprofissionais compostas, minimamente, por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem receber ainda outros profissionais da área odontológica. Também prevê a criação dos NASF para ampliar as ações e a resolutividade nas US. Ressalta-se a integração das ações multiprofissionais e o avanço na interdisciplinaridade. Nesse contexto, o foco dessa análise está na atuação do enfermeiro junto ao médico generalista, embora a sua atuação não se restrinja a essa perspectiva (BRASIL, 2012).

A dificuldade de vinculação entre a população e uma equipe de referência por área adscrita é compreensível quando o vínculo entre o usuário e outro profissional

já tenha ocorrido anteriormente a essa mudança. A dificuldade de aceitar que o pediatra, que antes atendia o filho passou a ser generalista da sua área, atenderá o adulto, é um fato real para qualquer usuário. A própria equipe - que colaborou com orientações na sala de espera, na recepção, nos consultórios, bem como as orientações dos ACS durante as visitas domiciliares e o incentivo para que o usuário ousasse a consultar com outro médico, trouxeram resultados positivos. Vários enfermeiros relataram que a flexibilidade ocorreu em diversos casos em que a tentativa de criação de novo vínculo não teve êxito, e os usuários mantiveram o vínculo com o médico de sua preferência.

A territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, o cadastramento das famílias e o seu monitoramento, a responsabilização por esse grupo populacional, o estabelecimento do vínculo e a coordenação do cuidado numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, entre outras atribuições referidas, são práticas pautadas na PNAB (BRASIL, 2012). Segundo Guedes; Santos e Di Lorenzo (2011), a importância dessa vinculação com o usuário e com a população de uma determinada área, além da estrutura física adequada, equipamentos e materiais e o comprometimento da equipe, visa obter resultados satisfatórios e melhoria da saúde das pessoas.

A dificuldade do enfermeiro em desempenhar o seu papel assistencial por meio das consultas evidencia uma dificuldade estrutural. As US de Curitiba, em sua maioria, foram construídas a partir de algumas plantas físicas consideradas padrão, e outras foram adaptadas em construções pré-existentes. As US constituídas de uma estrutura maior, que contempla vários consultórios com portas entre eles a fim de facilitar a consulta compartilhada, favoreceram a designação de mais consultórios para enfermeiros; embora, muitas tiveram que ter adequações de alguns fluxos de atendimento para ampliar o número de salas disponíveis. No entanto, outras plantas físicas apresentavam salas muito pequenas que foram adaptadas para consultórios, mas não contemplavam conforto, praticidade e infraestrutura completa para o atendimento. Em algumas US, havia a dificuldade da pequena e/ou velha estrutura física aliada a um maior número de equipes. As seis US pesquisadas passaram por um processo de reforma constituída por consertos, pinturas, adaptações para aumentar o número de consultórios. Contudo, as referidas reformas não

contemplaram todas as necessidades de melhorias estruturais para a atuação do enfermeiro, e o déficit de consultórios não foi totalmente solucionado.

Embora a PNAB cite a necessidade de infraestrutura adequada nas US, especificamente que tenha consultório médico e de enfermagem (BRASIL, 2012), os enfermeiros ainda têm essa barreira para realizar a consulta, tendo que atender em espaços improvisados ou em horários pré-determinados, com rodízio entre eles. Esta constatação Silva *et al.*(2010) realizaram no município de Curitiba e que ainda perdura em algumas US. No entanto, várias ousaram mudar o processo de trabalho, como, por exemplo: o acolhimento por equipe, a centralização da entrega das medicações na farmácia e não em salas específicas nas quais os usuários dos programas de hipertensos, diabéticos e de saúde mental eram atendidos, conforme recomendado pela SMS (CURITIBA, 2014b).

Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011), durante avaliação que investiga a percepção dos enfermeiros quanto à infraestrutura das US nas práticas profissionais, constaram que a consulta do enfermeiro é considerada uma ação secundária ao trabalho médico, ou seja, é executada quando o médico não está em consulta e reflete na redução do acesso e na resolutividade das necessidades dos usuários, além de comprometer a autonomia profissional, gerar insatisfação, desgaste e imprevisto nas atividades do enfermeiro. Ao analisar a autonomia do enfermeiro, Santos, Montezeli e Peres (2012), apontam a influência do modelo mecanicista e biomédico no seu processo de trabalho e que a sua autonomia é fundamental na condução do cuidado. Não se pode afirmar que a infraestrutura adequada garanta a autonomia do enfermeiro, mas contribui na sua conquista e visibilidade profissional.

## 6 COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REQUERIDAS DOS ENFERMEIROS NO PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo são discutidas as competências gerenciais propostas por Quinn *et al.* (2012) e que foram identificadas a partir das quatro categorias apresentadas anteriormente, como necessárias para a atuação dos enfermeiros no processo de ampliação da ESF

As organizações estão inseridas num mundo complexo e dinâmico e, ao invés de resistir às mudanças, as organizações devem se adaptar a essas transformações. Portanto, Quinn *et al.* (2012) propõem competências gerenciais relacionadas a criar e sustentar o compromisso e a coesão, estabelecer e manter a estabilidade e a continuidade, melhorar a produtividade e aumentar a lucratividade, e promover a mudança e estimular a adaptabilidade, relacionadas aos imperativos de ação colaborar, controlar, competir e criar, respectivamente.

As atividades relacionadas à ação **criar**, e que são fundamentadas no modelo de gestão de sistema aberto, são caracterizadas pela mudança e adaptabilidade. Considera-se que a adaptação política e o uso da criatividade na resolução de problemas são necessários a fim de conseguir suporte (QUINN *et al.*,2012).

No contexto da mudança descrita anteriormente, a competência gerencial de **implementar e sustentar a mudança** proposta por Quinn *et al.* (2012) é útil e necessária. Diferentes percepções e vivências dos profissionais de saúde inseridos no contexto da mudança relacionada ao processo de trabalho, na aplicação dos princípios e diretrizes da Atenção Primária, com um impacto da questão financeira, entre tantos outros vieses do processo, demandam gerentes que utilizam o conhecimento associado a uma prática profissional que contribua significativamente no aprimoramento contínuo da Atenção Primária.

Segundo The Lancet (2014), a Atenção Primária é o pilar na assistência à saúde e aponta para mudanças necessárias que precisam ser realizadas para que de fato seja centrada nas pessoas. Portanto, a função gerencial executada com competência poderá contribuir significativamente nesse processo.

Ao participar ou gerenciar uma mudança, Quinn *et al.* (2012) alertam para o fato de que nem toda a mudança é útil e que a resistência pode ser benéfica em

algumas situações, impedindo uma tragédia tanto para a organização como para as pessoas. Portanto, há de se considerar a importância de avaliar se a mudança de fato é necessária e o que deve ser alterado, especificamente. No entanto, ao considerar essa necessidade, a análise das forças que impulsionarão ou que resistirão precisa ser realizada para avaliar se ela poderá suceder. As forças poderão ser externas ou internas e estas relacionadas ou não ao ambiente externo. Os autores advertem que iniciativas internas de mudança “que não estão alinhadas com pressões externas podem ser muito arriscadas” (QUINN *et al.*, p.366).

A importância da avaliação do contexto da US e da Atenção Primária de forma mais abrangente, os determinantes sociais da população, a situação econômica nacional e internacional, as políticas públicas de saúde, educação, segurança, entre outras, deve ser considerada porque atuam como forças maiores ou menores para que a mudança aconteça. Segundo Quinn *et al.* (2012), as mudanças são necessárias, seja para melhorar a eficiência, os recursos, como também os serviços ao usuário, alvo muito almejado por gestores da saúde.

Os autores citados anteriormente enfatizam que a resistência ocorre por fatores estruturais e também em razão da cultura organizacional, que valoriza significativamente a tradição. Afirmam ainda que as razões interpessoais podem ser muito significativas, como por exemplo: o impacto financeiro negativo gerado pela mudança, bem como interferências no ambiente social, observado na ampliação da ESF, com o remanejamento necessário dos funcionários.

Essa mobilidade dos vários profissionais de saúde nas US que tiveram a ampliação da ESF abalou a estrutura de uma equipe já formada, bem como a restrição na possibilidade de integrar a equipe de saúde da família, e assim ter um retorno financeiro melhor. Segundo Quinn *et al.* (2012), entender a dimensão da mudança no âmbito pessoal, que envolve razões e emoções, é tão necessário como entender os motivos que levam a realizar a mudança.

Peduzzi *et al.* (2011, p.641) citam a mudança da cultura organizacional como um dos instrumentos utilizados pelo gerente para promover o trabalho em equipe, pois o trabalho realizado que inclui a reflexão, interpretação e a intervenção no cotidiano é influenciado pelos “valores, crenças, tradições e pré-interpretações” expressados pelos profissionais, como vigentes no serviço.

Após ter tomado a decisão da mudança, é importante que esta seja projetada. Ao planejá-la, várias alternativas de ações são consideradas, além de prever consequências e escolher a melhor forma para colocá-las em prática. Quinn *et al.* (2012, p.369) afirmam que “a mudança é um processo socioemocional” e, ao aderir de forma voluntária e comprometida no esforço, as pessoas contribuirão na ação. Os autores apresentam quatro estratégias para implementar mudanças e que podem ser utilizadas de acordo com a circunstância encontrada: informar, forçar, participar e transformar.

Ao informar, subentende-se que as pessoas são racionais e que a resistência à mudança está associada à ignorância e superstição; porém, nem sempre a informação é suficiente para que haja a mudança. Situações mais complexas exigem outras estratégias. A estratégia de forçar serve para persuadir e, muitas vezes, envolve dinheiro e política. No entanto, não serve ao longo prazo e não contribui para uma mudança seja realizada com entusiasmo (QUINN *et al.*, 2012).

A estratégia participativa ultrapassa a informação: ela inclui a comunicação e cooperação para que a mudança aconteça. Ao utilizar a quarta estratégia, de transformar, o líder, ao alterar o seu comportamento com base no que realmente valoriza, desafia as normas. O agente de mudança transformacional busca transformar o meio externo (QUINN *et al.*, 2012).

Ao caracterizar o líder transformacional, Smith (2011) afirma que o comunicador eficaz aprende de experiências anteriores, mantém o respeito pelo outro, desenvolve a escuta ativa, oportuniza os outros a expressarem sua opinião. Essas características são essências no processo comunicativo ao gerenciar os diferentes contextos e situações.

A perspectiva de sucesso ao implementar e sustentar a mudança no âmbito na Atenção Primária à Saúde, especificamente na ampliação da ESF, há de considerar a influência das mudanças que ocorrem no ambiente externo à US e na SMS, e no interno. No entanto, a avaliação das mudanças realizadas a fim de sustentá-las faz parte do processo e precisa ser realizada continuamente para que o aprimoramento da Atenção Primária ocorra, conforme citado por The Lancet (2014).

A competência de **negociar acordos e compromissos** permeou todo o processo de mudança, e os enfermeiros relataram essa necessidade e ocorrência entre gerentes, profissionais das equipes de saúde e usuários. Essas negociações

ocorreram tanto na formalidade em reuniões como na informalidade, o que o é comum. A negociação é realizada quando uma pessoa precisa alguma coisa de outra e para isso é vital que haja diálogo que se constitui para resolver algo “por meio do compartilhamento ponderado de pontos de vista” (QUINN *et al.*, 2012, p.352). O diálogo inclui ter um objetivo claro e de comum acordo: saber o que o outro está dizendo, ou seja, o significado do que é falado. Os envolvidos compreendem e o respeito entre eles - para resolver o problema e não para culpar o outro – precisa existir. Os autores enfatizam ainda que o diálogo precede a tomada de decisão, pois contribui para aumentar a quantidade de informações e promove respeito e entendimento entre as partes envolvidas na decisão e nas suas consequências.

Para construir confiança na relação de negociação, segundo Quinn *et al.* (2012), é necessário focar no problema e não na personalidade, nos reais interesses e não na posição que o negociador possui. Articular com a outra parte, a fim de que as necessidades de ambas possam ser atendidas, ou que se busquem alternativas, caracteriza os bons negociadores. Quando se auxilia outros a buscarem soluções, desenvolve-se o papel do mediador; e, o foco nas soluções e não nos problemas permitirá maior chance de êxito nessa mediação.

Almeida *et al.* (2011) citam a mediação de conflitos e a negociação como instrumentos gerenciais de apoio do enfermeiro na tomada de decisão. Alertam para que esses instrumentos não sejam usados de forma empírica, mas que os profissionais sejam qualificados para o seu papel gerencial a fim de desenvolver as competências para o desempenho voltadas às necessidades do cuidado, tanto assistencial como gerencial.

Ao remeter o foco no processo de mudança e a compreensão dos vários aspectos que envolveram especificamente os profissionais de saúde, a reflexão sobre o poder e a influência que eles exercem poderá contribuir no desenvolvimento de outras competências, pois a negociação para realizar acordos raramente tem êxito se o poder for utilizado de forma autoritária (QUINN *et al.*, 2012).

O **uso do poder e da influência** por meio das ideias, de atrair um público e pela habilidade de ser um comunicador efetivo é fato, mesmo que isso não se dê pela autoridade formal. Quinn *et al.* (2012) afirmam que a maioria das pessoas tem sentimentos confusos em relação ao poder e que este não precisa ser algo negativo.

O poder pode ser usado para trazer bons resultados e, na Atenção Primária, eles podem estar relacionados com o atendimento às necessidades da população, o que envolve a organização do processo de trabalho, a formação profissional, a estrutura do serviço, entre outros. Portanto essa competência gerencial deve ser utilizada nesse contexto.

Segundo Quinn *et al.* (2012), a capacidade de influenciar alguém, seja no nível organizacional, da equipe ou individual, tensiona os relacionamentos interpessoais e nos recursos aplicados. No entanto, afirmam que não se deve focar apenas em resultados, mas nos relacionamentos também, e de forma simultânea. Portanto, a avaliação do uso do poder durante o processo é necessária. Para desenvolver a competência citada, cabe ao gerente considerar que o poder e a influência são atribuídos a quem se confia. Em relação à equipe ou ao grupo, a influência se dá pela força do conhecimento, experiência e na capacidade de articular coalizões com os seus pares. Considerando-se a organização, a capacidade de influenciar ocorre em direção às metas definidas. A capacidade de influenciar e o poder perpassam a autoridade formal, exercida tanto pelo gerente como pelos subordinados, ou seja, pelos que dependem uns dos outros, o que pressupõe respeito e não uma obediência cega.

Albrecht<sup>3</sup> (2006, citado por Quinn *et al.*, 2012) acredita em cinco fontes de poder e da influência social: o poder da posição que vem da autoridade e de um cargo que exerce; o poder da oportunidade, ou seja, aquele que estiver no lugar e na hora certa pode ter a oportunidade de exercer o poder e influência; o poder da riqueza, que, na organização, não se atribui à riqueza pessoal, mas na capacidade de controlar os recursos financeiros; o poder do conhecimento ou também da experiência podem ser determinantes nas organizações; e, finalmente, o poder do relacionamento, que está atrelado às características pessoais e à rede de relacionamentos.

Ao analisar o território da US e de como se dão as relações de poder entre gestores, profissionais, assim como também o relacionamento entre trabalhadores de saúde e os usuários, considera-se que o trabalho deve ter o compromisso com as

---

<sup>3</sup> ALBRECHT, K. **Social Intelligence: the new science of success**. San Francisco: Jossey-Bass, 2006.

necessidades de saúde. Nessa interação entre todos os atores envolvidos é que a ética profissional, os saberes sobre as relações entre o trabalhador e o usuário evidenciam a importância deste trabalho vivo, como cita Feuerwerker (2014). As fontes de poder também são as mais diversas e precisam ser conhecidas e consideradas ao promover uma mudança.

O referencial de competências aqui utilizado não foca no cliente/usuário, mas indica algumas estratégias não controladoras para aumentar o poder e a influência no espaço do trabalho. Entre elas, estão o encorajamento para compartilhar ideias e o reconhecimento pelo bom desempenho e de suas ideias frente aos seus superiores, denominada de competência gerencial de **patrocinar e vender novas ideias**. QUINN *et al.* (2012) sugerem que o gerente forneça ferramentas e recursos para a realização do trabalho da equipe, seja honesto, o que inclui não fingir saber algo que não sabe; fale sobre a interdependência entre a equipe, o que inclui o líder; esclareça quanto às responsabilidades de cada um; e foque nos resultados e na qualidade dos relacionamentos. Desta forma, poderá ajudar na efetividade das ações e impactará no processo de trabalho e consequente assistência à população.

Para analisar a comunicação gerencial, Quinn *et al.* (2012), na estrutura de valores concorrentes, identificam quatro tipos básicos de comunicação e diversas características específicas de cada: as mensagens relacionais, para construir a confiança; as mensagens informativas, para fornecer os fatos; as promocionais, para direcionar a ação; e as transformacionais, que servem para estimular a mudança.

As mensagens transformacionais, muito úteis ao promover a mudança e estimular a adaptabilidade, buscam uma ação e são caracterizadas como enfáticas, enérgicas, poderosas, perspicazes, que expandem a mente e visionárias. O objetivo é buscar uma maneira a ajudar o outro a ter a visão do futuro que o gerente quer transmitir, na qual o entusiasmo é citado como essencial para inspirar e desafiar os envolvidos (QUINN *et al.*, 2012).

Ao considerar o contexto do SUS, a caracterização da formação dos seus profissionais e a gestão compartilhada, as mensagens consideradas relacionais - a fim de construir a confiança entre os pares - são essenciais no processo comunicativo de mudança. Afinal, a credibilidade e a afinidade, considerando-se as necessidades e os interesses dos envolvidos, muito contribuirão para um resultado favorável. Os autores enfatizam a importância da honestidade, sinceridade e

abertura na emissão da mensagem, o que foi evidenciado na fala de um dos enfermeiros entrevistados.

Switzler e Vital Smarts<sup>4</sup> (1994, citado por Quinn *et al.*, 2012) indicam o uso de uma ferramenta desenvolvida para uma comunicação eficiente. Essa ferramenta visa um melhor preparo e aumenta o nível de confiança, além de minimizar consequências inesperadas. Ela aborda o ajuste, suporte, sequência, acesso e o polimento. O ajuste inclui a conexão com o público, denominado de ajuste de clima. O de credibilidade visa à percepção do público de que vale a pena ouvir a mensagem do emissor. E o ajuste de conteúdo significa defini-lo para a equipe: o seu tempo de exposição, a possibilidade de interromper para questionamentos e o tema principal que será abordado. O suporte inclui a fundamentação da mensagem, justificativa da sua importância de forma completa, concreta, correta, relevante e lógica. Inclui ainda a antecipação de objeções e contra-argumentos e sugere que, ao usar alguma justificativa, sejam escolhidas três. Switzler e Vital Smarts<sup>4</sup> afirmam que menos de três parece muito limitado e mais de três, geralmente, é demais.

A sequência inclui a abordagem dos tópicos, pois, no início e no final, são vistos de forma mais proeminente. Por isso, o ponto principal deve ser apresentado no início; depois, é dado o suporte. Se for um tópico difícil, como informações negativas, pode ser necessário “amortecer” para, depois, abordar a mensagem principal. O acesso refere-se ao cuidado quanto à imagem visual e a deixar a mensagem mais concisa. A abordagem polir inclui o cuidado de pequenos detalhes como a ambiência, a aparência do apresentador, entre outros, e que valoriza o momento (QUINN *et al.*, 2012).

Ao analisarem o processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Primária Paula *et al.* (2013), especificamente em uma US que tem equipes de saúde da família, verificaram a importância da comunicação como uma competência gerencial necessária e uma das mais utilizadas na prática profissional. Ela permeia todo o processo de trabalho, portanto, justifica-se aprender a aumentar a eficiência na comunicação, conforme descrito anteriormente.

Ao avaliar as ações inovadoras relacionadas à consulta do médico e à do en-

---

<sup>4</sup> VITAL SMARTS. **Presenting with power: A guide book** [Manual de treinamento publicado pela Vital Smarts, anteriormente chamada The Praxis Group]. Provo, UT, 1994.

fermeiro, a competência de **estimular e promover inovação** caracteriza a sua implantação, conforme referenciam Quinn *et al.* (2012). Os autores afirmam que a inovação vai além do pensamento criativo, no entanto, este pode e precisa ser estimulado ao fornecer ferramentas para desenvolvê-lo. Ações inovadoras não são de responsabilidade exclusiva do gerente, mas a capacidade de unir e encorajar as pessoas para desenvolver produtos, serviços ou melhorias a partir de um exercício coletivo, num espaço de trabalho criado para fomentar ideias criativas e inovadoras, é o papel de quem gerencia uma equipe de trabalho. Ressalta-se a importância da auto avaliação do gerente quanto a sua atividade encorajadora ou inibitória do seu comportamento frente à capacidade criativa dos seus subordinados.

O pensamento criativo, ao contrário do crítico, permite a geração de várias ideias e possibilidades resolutivas a partir de um problema ou questão, e que pode evoluir para o pensamento crítico na escolha da melhor solução para a viabilidade da inovação. Portanto, tanto a criatividade como a criticidade são pensamentos importantes e complementares. Quinn *et al.*(2012) afirmam que o pensamento criativo pode ser estimulado para que se torne um hábito. Não se pode esperar até que as pessoas se sintam criativas ou estejam numa situação que estimule a inovação, pois reduzirá a produção criativa. Citam algumas barreiras ao pensamento criativo, tais como a resistência à mudança, medo do erro e do fracasso, a tendência de julgar em vez de gerar ideias, incapacidade de relaxar ou permitir novas ideias, o excesso de autocrítica, incapacidade de ver pontos de vista diferentes, a desinformação, entre outras.

Os espaços criados, formalizados ou não, são possibilidades que incentivam pensamentos e ações inovadoras no cotidiano dos serviços e caracterizam a educação permanente. Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014) afirmam a capacidade que os profissionais têm em propor soluções e inovações ao refletir sobre a assistência e gestão da saúde, considerando a evolução na concepção da transmissão de conhecimentos e soluções para a produção do conhecimento pelo referencial da problematização.

A inovação na Atenção Primária visa atender os seus princípios e promover a qualidade na assistência à saúde. Leatherman *et al.*(2010) apontam que nos países em desenvolvimento, o avanço na qualidade do atendimento é um dos elementos

que favorecem bons resultados na saúde, o que inclui a mudança nos processo de prestação de cuidados.

Campos *et al.* (2011), ao avaliarem a organização da Atenção Primária referente à saúde mental, remetem a importância de estratégias inovadoras para melhorar a assistência à saúde. Portanto, a maior parte das inovações relatadas, não caracterizam exclusivamente o trabalho nas US com equipes de ESF, mas serviços que buscam melhorar o processo de trabalho da equipe na atenção primária, relacionado ao acesso, ao vínculo, à continuidade e resolutividade no cuidado à população.

As inovações evidenciadas nesta pesquisa foram criadas pela equipe local de trabalho, bem como adaptadas a partir de outras realidades semelhantes. Algumas inovações, por mais modestas que aparentam ser, podem trazer melhorias significativas para a instituição. Quinn *et al.*(2012) referem que implementar uma ideia criada em outro contexto também é inovador. Johnson *et al.*(2013) relatam a ESF e o sistema de saúde brasileiro e de outros países emergentes como referencial para nortear ações inovadoras em países ocidentais industrializados.

Ao avaliar mudanças relacionadas à consulta médica e a do enfermeiro e os vários aspectos desencadeados e contextualizados a partir dessas inovações, cabe a quem gerencia esse processo, desenvolver a capacidade de promover habilidades do pensamento crítico na sua equipe e em si, de construir um espaço criativo para as pessoas e adotar um estilo gerencial que contemple a criatividade (QUINN *et al.*, 2012).

O processo de mudança e o desenvolvimento de competências gerenciais para essa ação complexa são desafiadores. No entanto, não se pode afirmar seguramente que, por meio destas competências, o processo se dará de forma tranquila e bem - sucedida. Outras competências não referenciadas, uma equipe cooperativa, o tempo necessário e a educação permanente poderão ser fortes aliados para o êxito da ação.

A seguir, são apresentadas as quatro classes que emergiram a partir do processamento dos dados desta pesquisa, com a utilização do software IRAMUTEQ, e seus desdobramentos evidenciados nas falas dos enfermeiros participantes e as cinco competências gerenciais propostas por Quinn *et al.* (2012) e que podem ser utilizadas como referencial no processo de mudança.



FIGURA 5 - COMPETÊNCIAS GERENCIAIS REFERENCIADAS PARA O PROCESSO DE AMPLIAÇÃO DA ESF A PARTIR DOS DADOS DAS QUATRO CATEGORIAS ANALISADAS.  
 FONTE: A autora (2014)

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, são descritos os principais achados sobre o processo de mudança na ampliação da ESF e o referencial de competências gerenciais utilizado. A pesquisa evidenciou aspectos que extrapolaram características exclusivas da ampliação da ESF para um olhar mais amplo, que caracteriza a Atenção Primária à Saúde, tanto em US tradicionais como nas US que têm as equipes de saúde da família. São apontados os desafios relacionados à metodologia, especificamente, na utilização de um *software* como uma ferramenta para a análise dos dados na pesquisa qualitativa.

Na busca pela compreensão do processo de mudança na ampliação da ESF, foram identificados avanços, fragilidades, limitações e desafios. Aspectos relativos à comunicação, negociação, ações inovadoras, configuração das equipes e seus desdobramentos e que estavam relacionadas ao processo de trabalho foram verbalizados e, a seguir, analisados.

O processo de mudança foi considerado a partir dos diferentes olhares dos enfermeiros gerenciais e assistenciais. No entanto, essas perspectivas contemplaram outros profissionais de saúde como protagonistas, além da população, considerada o foco das práticas assistenciais para produção da saúde integral.

Para que as mudanças sejam instituídas, faz-se necessário ter a compreensão do contexto no qual o trabalhador e a população se inserem. Além de ter como eixos norteadores: a PNAB, a Educação Permanente, o Controle Social, bem como o desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva da práxis.

É preciso considerar que a ESF não se constitui como única forma para promover a saúde da família, mas que outros setores têm uma ação direta na vida da família e que são corresponsáveis nessa militância. Embora não se possa eximir a responsabilidade dos profissionais de saúde, existe uma limitação na possibilidade de promover a saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar nos serviços de saúde, inclusive na Atenção Primária.

Alguns enfermeiros expressaram a existência de lacunas no conhecimento sobre aspectos importantes da Atenção Primária, dos profissionais da equipe, entre

eles, os princípios norteadores da Atenção Primária. Embora não seja possível generalizar essa evidência, merece ser avaliada, a fim de que a qualificação profissional contribua na melhoria da assistência à saúde.

Acrescenta-se que o protagonismo do cuidado inerente a cada categoria profissional é um importante tema a ser discutido nos diversos espaços, com as equipes multiprofissionais, a fim de que cada um desempenhe o seu papel de forma competente e resolutiva para atender as reais necessidades da população, tanto individuais como coletivas. Essa prática inclui uma reflexão crítica sobre os determinantes que regem todo o contexto, tanto das famílias, como dos profissionais e da saúde pública e coletiva no Brasil.

Após pesquisar o processo de mudança, buscou-se identificar as competências gerenciais do enfermeiro, um dos protagonistas da mudança. Além dele, outros profissionais que gerenciam essa ação em diferentes contextos podem desenvolvê-las. Ressalta-se que essas competências apresentadas, não excluem outras apontadas por Quinn *et al.* (2012), já que a mudança não ocorre de forma isolada das outras perspectivas de ação como colaborar, controlar e competir, portanto, diferentes competências são utilizadas concomitantemente.

Destaca-se que o auxílio no processamento dos dados pelo *software* IRAMUTEQ no Programa de Pós-graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Paraná é inovador, e o número de estudos que o utilizam no Brasil é limitado, especificamente na saúde. Contudo, compartilha-se que esse foi um desafio que demandou tempo e esforço significativo para aprender e buscar a melhor opção de análise do *software*, bem como retardou o desenvolvimento das últimas etapas da pesquisa. No entanto, tornou-se uma oportunidade para vivenciar o novo, desenvolver essa dimensão da pesquisa, além de poder contribuir na divulgação desta ferramenta.

Embora os participantes da pesquisa se limitassem aos profissionais enfermeiros, certamente outros teriam muitas contribuições a fazer. Portanto, o desafio é a busca de estratégias de educação permanente para discussão sobre processo de mudança e a atuação dos enfermeiros e demais profissionais para o gerenciamento das mudanças. E assim, as competências gerenciais específicas para esse fim sejam desenvolvidas, mediante o conhecimento aplicado na sua prática gerencial.

Conclui-se que o desenvolvimento das competências gerenciais dos enfermeiros como de outros profissionais, pode contribuir para que o processo de mudança ocorra de maneira que todos os envolvidos vivenciem positivamente esse fato, que os conflitos promovam o aprendizado, o crescimento pessoal e profissional. Embora a mudança possa evocar sentimentos e comportamentos negativos e de resistência, seja enfrentada e consolidada pelos seus protagonistas. As competências gerenciais aqui apreendidas podem ser utilizadas nos diferentes contextos, inclusive na Atenção Primária, considerando que inicialmente foram desenvolvidas e organizadas para gerenciar outras áreas.

Sugerem-se ações de educação permanente que contemplem o desenvolvimento das competências gerenciais referenciadas nesta pesquisa, para que as mudanças que ocorrem continuamente no sistema de saúde sejam bem-sucedidas, e gerenciadas por profissionais competentes.

Considera-se que os serviços de Atenção Primária são complexos e dinâmicos. Então, após um ano desde o início da ampliação das US pesquisadas, o cenário possivelmente seja outro. Ao refletir sobre os dados da pesquisa, vários questionamentos surgiram. Portanto, recomendam-se estudos que avaliem o impacto das mudanças realizadas, tanto para os profissionais em cargos gerenciais ou assistenciais, como também para a população, e o quanto a ESF contribuiu para a mudança do modelo assistencial que atenda às necessidades da população.

Embora o referencial de competências gerenciais tenha advindo da administração, recomenda-se que seja utilizado em outras pesquisas na área da saúde, em diferentes contextos e também por outros profissionais.

## REFERÊNCIAS

AIDAR, M. M.; BRISOLA, A. B.; MOTTA, F. C. P.; WOOD JUNIOR, THOMAZ. **Mudança organizacional: uma introdução ao tema**. In: WOOD JUNIOR, T. (Coord.). Mudança organizacional. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2009.

ALMEIDA, M. de L. de; SEGUI, M. L. H; MAFTUM, M. A.; LABRONICI, L. M.; PERES, A. M. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20(Esp), p. 131-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea17.pdf>>. Acesso em: 1/10/2014.

ALMEIDA, P. F. de (Cons.). **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul**. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: UNASUR, ISAGS, 2014.

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; PINA, J. C.; FURTADO, M. C. de C.; MELLO, D. F. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. Rio de Janeiro, **Rev. Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p. 772-80, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0772.pdf>. Acesso em: 22/9/2014.

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H. T.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 158-63, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/20.pdf>>. Acesso em: 22/9/2014.

ARAÚJO, L. C. G. de. **Organização, Sistemas e Métodos e as Tecnologias de Gestão Organizacional**. 5. ed. .rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-30, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 24/9/2014.

BISPO JUNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1313-32, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a04v22n4.pdf>>. Acesso em: 11/8/2014.

BRASIL. Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 set. 1955. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128763/lei-2604-55>>. Acesso em: 3/8/2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>>. Acesso em: 27/7/2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990a, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 3/8/2013.

\_\_\_\_\_. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b, Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 7/8/2014.

\_\_\_\_\_. Resolução **COFEN 159/1993**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília: COFEN, 1993. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)>. Acesso em: 21/10/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Portaria n.3925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 fev. 1999. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/15986-3925.html?q=>>>. Acesso em: 8/8/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.3, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 09

nov. 2001. Seção I. p.37. Disponível em:  
<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 29/7/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial [da] União**, 20 Jul 2004. Seção I. Disponível em:  
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 11/8/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de edições técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde**. Disponível em: < <http://www.prosaude.org/>>. Acesso em 19/8/2013

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: < [cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br)>. Acesso em: 24/10/2013.

BRITO, M. J. M.; MONTENEGRO, L. C.; ALVES, M. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, t. 9, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_16.pdf). Acesso em: 15/20/2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do *software* de análise textual IRAMUTEQ. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2013a. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 9/6/2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Rev. Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-18, 2013b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>>. Acesso em: 9/6/2014.

CAMPOS, G. W. de S.; O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-70, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em: 20/8/2014.

CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

CAMPOS, R. T.O.; CAMPOS, G. W. de S.; FERRER, A. L., CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R. de; GAMA, C.A. P. da; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: 20/9/2014.

CARDOSO, T. Z.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, L. V. O. de; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; CARDOSO, O. O. de. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, n. 64, v. 6, p. 1087-93, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022538015.pdf>>. Acesso: 25/9/2014.

CARVALHO, C. M. G.; MORO, C. M. C.; CUBAS, M. R.; MALUCELLI, A. Sistemas de Informação em Saúde que integram terminologias de enfermagem: uma revisão de literatura. **J. Health Inform**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 50-4, 2012a. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/178/115>>. Acesso em: 15/8/2014.

CARVALHO, B. G; PEDUZZI, M.; MANDÚ, E. N. T.; AYRES, J. R. C. M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100004&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100004&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15/8/2014.

CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-66, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/13.pdf>>. Acesso em: 14/9/2014.

CHARTIER, J.F.; MEUNIER, J.G. Text Mining Methods for Social Representation Analysis in Large Corpora. **Papers on Social Representations**, Paris (FR), v. 20, n. 37, p.1-47, 2011. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>>. Acesso em: 9/6/2014.

CHAVES, M. M. N.; EGRY, E. Y. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 729-35, 2013. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/34929-128329-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/34929-128329-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 25/9/2014.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Lançamento da pesquisa Perfil da Enfermagem**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lancamento-da-pesquisa-perfil-da-enfermagem-2\\_26037.html](http://www.cofen.gov.br/lancamento-da-pesquisa-perfil-da-enfermagem-2_26037.html)>. Acesso em: 26/10/2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **10 anos de PSF Curitiba**: a história contada por quem faz a história. Curitiba: 2002.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Concurso Público 2008**. Disponível em: <<http://www.pciconcursos.com.br/concurso/prefeitura-de-curitiba-pr-37-vagas>>. Acesso em: 1/9/2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Curitiba. Portaria n.34, de 9 de maio de 2012. Regulamenta o processo de seleção interno dos servidores públicos municipais integrantes do quadro de profissionais de saúde, para ingresso na estratégia saúde da família – ESF e dos núcleos de apoio. **Diário Oficial [do] Município**, Curitiba, PR, n.35, 10 mai. 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Expansão das Equipes da Estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal para o Município de Curitiba**. Curitiba, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Jornal de Atenção Primária à Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 1, jul/2013b.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n.160, de 5 de novembro de 2013. Institui critérios de seleção interna para servidores municipais integrantes do quadro de profissionais da saúde, para ingresso nas equipes das modalidades estratégicas da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial [do] Município**, Curitiba, PR, 7 nov. 2013c. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/DO%20215%20(2).pdf>. Acesso em: 20/8/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto n. 560, de 29 de março de 2013. Dispõe sobre a regulamentação da Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial [do] Município**, Curitiba, PR, 2 abr. 2013d. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/DO%2062.pdf>. Acesso em: 28/8/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Como organizar o Acesso e Agenda na Atenção Primária**. Curitiba, 2014i. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-do-sus/cartilha-acesso-e-agenda-na-atencao-primaria>>. Acesso em: 15/7/2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira de Serviços dos Profissionais da Atenção Primária**. Curitiba, 2014e. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-do-sus/carteira-de-servicos-dos-profissionais-da-atencao-primaria>>. Acesso em: 12/8/2014b.

\_\_\_\_\_. Instituto de pesquisa e planejamento urbano de Curitiba. **Curitiba em dados**. Curitiba, 2014c. Disponível em:

<[http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba\\_em\\_dados\\_Pesquisa.htm](http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm)>. Acesso em: 20/6/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). **Série histórica da ampliação das equipes saúde da família**. [Mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: pilowen@gmail.com, em: 7/10/2014d.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim informativo da APS**. Curitiba, 2014e. Disponível em: <[http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a\\_secretaria/boletim%20APS/Boletim%20APS.pdf](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/a_secretaria/boletim%20APS/Boletim%20APS.pdf)>. Acesso em: 20/7/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho em Saúde (DGTS). **Plataforma de atuação**. [Mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: pilowen@gmail.com, em: 20/10/2014f.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **A Secretaria: equipe**. Curitiba, 2014g. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/equipe>>. Acesso em: 20/7/2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). **Atribuições do DAPS**. [Mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: pilowen@gmail.com, em: 29/10/2014h.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS). **Escopo distrital**. [Mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: pilowen@gmail.com, em: 7/10/2014i.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução normativa da enfermagem. Curitiba**, 2014d. Disponível em: <<http://saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/carta-dos-sus/instrucao-normativa-da-enfermagem>>. Acesso em: 20/7/2014j.

DRAPER, A. K.; HEWITT, G.; RIFKIN, S. Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. **Social Science & Medicine**, Reino Unido, v. 71, n. 6, p. 1102-9, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20621405>>. Acesso em: 14/8/2014.

ESPÍNDOLA, P. S.; LEMOS, C. L. S.; REIS, L. B. M. Perfil do profissional de nível superior na estratégia saúde da família. **Rev. Brasil. Promoç Saúde**, Fortaleza, v.

24, n. 4, p. 367-75, 2011. Disponível em:  
<[http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11\\_2011.4.pdf](http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo11_2011.4.pdf)>. Acesso em: 4/10/2014.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014. Disponível em:  
<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. Acesso em: 20/7/2014.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FEUERWERKER, L. C.M. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Rev. Interface- comunicação saúde educação**. São Paulo, v. 17, n. 47, p. 929-30, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/14.pdf>>. Acesso em: 6/8/2014.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Inventário Vocabular Resultante do Projeto CIPESC CIE-ABEn. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. e colab. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

GARCIA-SANTOS, S. C.; WERLANG, B. S. G. Alto desempenho gerencial, contexto desafiador e personalidade. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v. 18, n. 2, p. 183-91, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a03.pdf>>. Acesso em: 20/5/1014.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRAZIANO, A.P.; EGRY, E.Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, São Paulo, p. 650-56, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>>. Acesso em: 20/5/2014.

GUEDES, J. da. S.; SANTOS, R. M. B. dos; DI LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Rev.**

**Saude soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-83, 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/06.pdf>>. Acesso em: 20/5/2014.

JOHNSON, C. D.; NOYES, J.; HAINES, A.; THOMAS, K.; STOCKPORT, C.; RIBAS, A. N.; HARRIAS, M. Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales. Bethesda (USA), **Global Health**, v. 9, n. 25, 2013. Disponível em:  
<http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/25>. Acesso em: 21/7/2014.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. G.; PEREIRA, M. J. B.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. esc. enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 349-55, 2011. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a06.pdf>> Acesso em: 30/4/2014.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M.T.D.; MANTOVANI, M.F.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; ANDERS, J.C. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. brasil. enferm.** Brasília, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em:  
< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a05.pdf>> Acesso em: 30/4/2014.

KLETEMBERG, D. F.; PADILHA, M. I. Política e poder na enfermagem gerontológica no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1192-1199, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/22.pdf>>. Acesso em: 20/9/2014.

KNIGHT, A.; LEMBKE, T. Appointments 101 How to shape a more effective appointment system. **Rev. AFP**, Austrália, v. 42, n. 3, p. 152-56, 2013.

KOWALSKI, K. Where Have All the Innovations Gone? **Journal of Continuing Education in Nursing**, -New Jersey (EUA), v. 44, n. 3, p: 99-100, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14741876>>. Acesso em: 13/9/2014.

KURCGANT, P.; MASSAROLLO, M. C. K. B. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. **Variances**, Paris (FR) n. 3, p. 13-24, 1994. Disponível em:  
<[http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse\\_lexicale\\_%28lsero%29.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse_lexicale_%28lsero%29.pdf)>. Acesso em: 13/9/2014.

LAHLOU, S. Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers en Social Representations**. Londres (RU), v. 20, p. 38.1-39.7, 2012. Disponível em: <[http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20\\_39.pdf](http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf)>. Acesso em: 25/8/2014.

LEATHERMAN, S.; FERRIS, T.G.; BERWICK, D.; OMASWA, F.; CRISP, N. The role of quality improvement in strengthening health systems in developing countries. **Int. Journal for Quality in Health Care**. Oxford (EUA), v.22, n.4, p.237-43, 2010. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/22/4/237.full>>. Acesso em: 7/7/2014.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família\*: uma revisão. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3455-66, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a20.pdf>>. Acesso em: 23/9/2014.

LERMEN JUNIOR, N.; NORMAN, A. H. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. **Medwave**, Chile, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://www.mednet.cl/medios/medwave/Enerofebrero2013/PDF/2/medwave.2013.01.5588.pdf>>. Acesso em: 25/10/2014.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 546-53, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/16.pdf>>. Acesso em: 29/8/2013.

LÓPEZ, C. C. Atención Primaria en España y Cataluña: una perspectiva desde la Enfermería. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45. n. spe 2, p. 1722-30, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/40895-48817-1-PB.pdf>>. Acesso em: 2/8/2014.

MACÊDO, N. B; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde, **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 379-401, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em 20/9/2014.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>>. Acesso em: 4/10/2014.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência.** 2.ed. Tradução de: GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. [S.I.], 2010. Tradução de: Emergency Triage. [CURITIBA. Secretaria de Saúde. Manual de Serviço].

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. V. **Metodologia científica.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M.Y.A.D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>>. Acesso em: 29/9/2014.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo** - Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.

MORGAN, G. **Imagens da Organização.** São Paulo: Atlas, 2011.

MURRAY, M.; BERWICK, D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. **Rev. JAMA**, Chicago (EUA), v. 289, n. 8, p. 1035-40, 2003. Disponível em: <<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=196024>>. Acesso em: 14/9/2014.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 20/10/2014.

NIGHTINGALE, J. **Notes on nursing.** São Paulo: Cortez, 1989.

NÓBREGA, M. M. L. da; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C M.; ALMEIDA, M. de A. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. e colab. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, G. P. de; PERES, A. M.; CHAVES, M. M. N.; EDUARDO, E. A. Os desafios para a intervenção em saúde na estratégia de saúde da família segundo os profissionais. **Cogitare enferm**. Curitiba, v. 16, n. 3, p. 448-54, 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/24220/16229>>. Acesso em: 16/9/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília, 1979. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-promocao-saude/Dec_Alma-Ata.htm)>. Acesso em: 18/12/2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a, p. 547-573. Disponível em: <<http://versus.otics.org/acervo/textos/modelos-de-atencao-a-saude-no-brasil-jairnilson-silva-paim>>. Acesso em: 28/10/2013.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e **crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008b.

PAIM, L.; TRENTINI, M.; SILVA, D. G. V. da; JOCHEN, A. A. Desafios à pesquisa em enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 386-90, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/23.pdf>>. Acesso em: 20/10/2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres (GB), p. 11-31, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 15/1/2014.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-13, 2012.

PATIÑO, D. C.; TORRES, A. R.; PATIÑO, I. C. Atención primaria en salud: concepto o utopia. Santiago (CH), **Medwave**, v. 13, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5667>>. Acesso em: 3/11/2014.

PAULA, M. de; PERES, A. M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E. A.; MACAGI, S. T. S. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 980-87, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1248/pdf>>. Acesso em 20/5/2014.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, Á. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Rev.Cienc.Cuid.Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/13288-59296-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 14/9/2014.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T, SOUZA, G. C. de; SILVA, J. A. M. da. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 629-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>. Acesso em 7/7/2014.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; ALMEIDA, M. C. P de; MATUMOTO, S. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. Brasil. Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 771-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/22.pdf>. Acesso em: 15/6/2014.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe. 2, p.1710-15, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/13.pdf>. Acesso em: 20/10/2013.

PONTE, C. A utilização do correio electrónico na comunicação com os utentes da USF Porta do Sol. Lisboa, **Rev. Port.Clin.Geral**, v. 27, p. 274-80, 2011. Disponível em: < file:///C:/Users/User/Downloads/10854-10770-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 17/10/2014.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. **Rev. Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 642-52, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a31.pdf>. Acesso em: 2/8/2014.

QUINN, R. E.; FAERMAN, S. R.; THOMPSON, M. P.; MCGRATH, M. R.; CLAIR, L. S. S. **Competências Gerenciais a abordagem de valores concorrentes na gestão**. Tradução de: Roberto Socio de Almeida. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REINERT, M. ALCESTE une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerva. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, Marselha (FR), v. 28, p. 24-54, 1990.

ROCHA, P.M.; SÁ, A.B de. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2853-63, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/23.pdf>>. Acesso em: 25/10/2014.

ROECKER, S.; BUDÓ, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-49, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>>. Acesso em: 3/9/2014.

SAMPAIO, L. F. R. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. **IJPH**, Roma (IT), v. 7, n. 4, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/5693-7497-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/5693-7497-1-SM%20(1).pdf)>. Acesso em: 25/10/2014.

SANCHO, L.G.; SILVA, N.W.K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-391, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a04.pdf>>. Acesso em: 7/7/2014.

SANTOS, A. da S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole, 2007.

SANTOS, F. O. F.; MONTEZELI, J. H.; PERES, A. M. Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 251-7, 2012. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/526>>. Acesso em: 20/7/2014.

SCHEIN, E. H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SILVA, S. H. S.; CUBAS, M. R.; FEDALTO, M. A.; SILVA, S. R.; LIMA, T. C. C. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba – PR. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 68-75, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a10v44n1.pdf>>. Acesso em 7/7/2014.

SILVA, P. A. S.; FURTADO, M. S.; GUILHON, A. B.; SOUZA, N. V. D. O.; DAVID, H. M. S. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-68, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 7/7/2014.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Rev. Ciência&Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf>>. Acesso em: 20/9/2014.

SISMUC. Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de Curitiba. **Ata de reunião**. Disponível em: <<http://files.sismuc.org.br/arquivos/doc.-atas/ata-de-reuniao-de-negociacao-da-saude-dia-13.10.2014.pdf>>. Acesso em: 23/10/2014.

SMITH, M. A. Are you a transformational leader? **Nursing Management**, Austrália, p, 44-50, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/User/Downloads/Are\\_you\\_a\\_transformational\\_leader\\_.8.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Are_you_a_transformational_leader_.8.pdf)>. Acesso em: 4/11/2014.

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1325-35, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>>. Acesso: 20/9/2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2004.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação o caso da saúde**. Tradução de: TIJIWA, Angela Maria, São Paulo – Rio de Janeiro,: HUCITEC ABRASCO, 1995

THE LANCET. Making primary care people-centred: a 21st century blueprint. **The Lancet**, Londres (RU), v.384(editorial), 2014. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673614612435.pdf?id=eaa09llwgsR-68JSdzpLu>>. Acesso em: 27/10/2014.

VARELA, P. S.; PACHECO, R. S. V. M. Federalismo e gastos em saúde: competição e cooperação nos municípios da região metropolitana de São Paulo. **Rev. contab. finanç.**, São Paulo, v. 23, n. 59, p. 116-27, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/48084-58277-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27/8/2014.

VECCHIA, M. D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura acadêmica, 2012.

VIANA, M. R. P.; MOURA, M. E. B.; NUNES, B. M. V. T.; MONEIRO, C. F. S. de; LAGO, E. C. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.21(esp.1), p. 624-30, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a11.pdf>>. Acesso em: 29/9/2014.

WOOD JUNIOR, THOMAZ. Mudança organizacional: uma introdução ao tema. In: \_\_\_\_\_ (Coord.). **Mudança organizacional**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ZARIFIAN, P. **Objetivo competência por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.

## APÊNDICES

|  |     |
|--|-----|
| APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....   | 126 |
| APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 127 |
| APÊNDICE 3 - CRONOGRAMA .....                                | 129 |

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

## CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO PARTICIPANTE

Idade:\_\_\_\_\_ Sexo ( ) feminino ( ) masculino

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa:\_\_\_\_\_

Tempo de atuação no cargo:\_\_\_\_\_

Local que trabalha:\_\_\_\_\_

Cargo que ocupa:\_\_\_\_\_

Tempo de atuação em US Saúde da Família:\_\_\_\_\_

Qualificação: ( )Aperfeiçoamento Área:\_\_\_\_\_

Pós-graduação ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado

Áreas: \_\_\_\_\_

## QUESTÕES:

1.Como foi a sua vivência no processo de mudança na ampliação da Estratégia de Saúde da Família? (Atribuições, mudanças necessárias, o que alteraria em relação a esse processo)

2.Quais os fatores que facilitaram o processo de ampliação da ESF?

3.Quais os fatores que dificultaram o processo de ampliação da ESF?

4.Como foi a comunicação com os funcionários, usuários e gestores/gerentes envolvidos para realizar as mudanças? (O que facilitou ou dificultou a comunicação para realizar as mudanças)

5.Você identifica alguma prática inovadora nesse processo de mudança? Quais? (Como o enfermeiro participou)

6.E que situações você teve que negociar acordos e compromissos e como foi?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ingrid Margareth Voth Lowen e Aida Maris Peres, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, convidamos você, enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba, para participar de um estudo intitulado “Contribuições dos enfermeiros no processo de ampliação do modelo de Estratégia Saúde da Família”. A sua participação é fundamental no reconhecimento do papel do enfermeiro na sua participação no processo de ampliação do Modelo Estratégia Saúde da Família.

O objetivo desta pesquisa é caracterizar a participação dos enfermeiros no processo de ampliação do Modelo de Estratégia Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde no município de Curitiba.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas durante a entrevista realizada em sala reservada, no seu ambiente de trabalho, com duração aproximada de trinta minutos e a sua autorização será mediante a assinatura deste documento.

A entrevista tem como finalidade identificar os fatores potencializadores e limitantes que influenciam na implantação da Estratégia Saúde da Família nas Unidades de Saúde, reconhecer os papéis desempenhados pelo enfermeiro e suas competências requeridas nesse processo de mudança. Os riscos que poderão ocorrer são relativos a desconforto durante a entrevista, que será imediatamente suspensa caso este fato seja observado.

Os benefícios esperados são o fornecimento de subsídios para o planejamento da continuidade do processo de ampliação da ESF nas demais US e capacitações dos enfermeiros que estarão envolvidos nesse processo. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico e da prática profissional em saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras Ingrid Margareth Voth Lowen, mestranda, enfermeira e a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aida Maris Peres, orientadora da pesquisa, enfermeira, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pelo e-mail: [pilowen@gmail.com](mailto:pilowen@gmail.com) ou

[amaris@ufpr.br](mailto:amaris@ufpr.br), telefone (41) 87151471 ou (41) 32667803, ou ainda no Departamento de Enfermagem da UFPR (Bloco Didático II – Av. Lothário Meissner, 632. Jardim Botânico. Curitiba, PR, de segunda à sexta-feira, das 8 h às 17h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelas pesquisadoras. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão;

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa)

Local e data Curitiba, \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador



**ANEXOS**

|  |     |
|--|-----|
| ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA EDITORA PARA USO DE IMAGENS.....                                    | 131 |
| ANEXO 2 – MAPA DAS UNIDADES DE SAÚDE POR DIVISÃO DE DISTRITOS<br>SANITÁRIOS EM CURITIBA..... | 132 |
| ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....                                    | 133 |

## ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA EDITORA PARA USO DE IMAGENS

Autorização enviada para o email da pesquisadora: <pilowen@gmail.com>  
pela

Editora Elsevier, no dia 30/20/2014, referente à autorização para utilização das  
imagens do livro: QUINN, R. E.; FAERMAN, S. R.; THOMPSON, M. P.; MCGRATH,  
M. R.; CLAIR, L. S. S. **Competências Gerenciais**: a abordagem de valores  
concorrentes na gestão. Tradução de: Roberto Socio de Almeida. 5. ed.  
Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

Boa Tarde Sra. Ingrid,

Agradecemos seu contato e interesse em nossas publicações.

Conforme solicitação foi concedida a autorização para a utilização das imagens do  
livro, porem terá que ser citado a fonte de onde as imagens foram retiradas.

Para mais informações, continuamos à disposição.

Taylana Blanch  
Elsevier Brasil  
Central de Relacionamento 0800 026 53 40  
atendimento6@elsevier.com  
www.elsevier.com.br



**ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS****PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****DECLARAÇÃO**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Ingrid Margareth Voth Lowen protocolou sob o número 70/2013 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Participação dos Enfermeiros no Processo de Ampliação do Modelo de Estratégia Saúde da Família".

(CAAE: 21235813.4.3001.0101)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 30 de Outubro de 2014.



**Samuel Jorge Moysés  
Coordenador do CEP/SMS**