

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE

**A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
O GOVERNO DE SI E DO OUTRO SOB A ÓTICA DO GESTOR**

Vitória
2016

HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE

**A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
O GOVERNO DE SI E DO OUTRO SOB A ÓTICA DO GESTOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.
Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.

Vitória

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade
Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

G146g Galavote, Heletícia Scabelo, 1985 -
A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: o
governo de si e do outro sob a ótica do gestor / Heletícia
Scabelo Galavote – 2016.
152 f.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde da Família. 2. Trabalhadores. 3. Gestor de Saúde.
I. Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

A Deus, pela vida.
A Maria Ines e Arlindo pelo amor sem limites e por serem parte de mim.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi feito por muitas mãos. Mãos que acariciam, que sonham, que apoiam e que se unem em oração e se estendem em gestos de solidariedade e amor. A produção do texto é solitária, mas a produção de vida se dá na relação com o outro, enquanto potência de ação. Foram muitos encontros alegres e muitos encontros tristes. Eis que agradeço àqueles que foram geradores de paixões alegres e potência de vida nesta produção.

A Deus, em sua infinita bondade, por ter me propiciado a oportunidade de viver e por ter me agraciado em meio a tantas conquistas.

À Maria Ines, minha querida mãe, por ser fonte de vida, amor, cuidado e proteção. Sempre foi colo afável nos momentos de dor e reduto de felicidade em momentos de conquistas. Devo-lhe a vida e tudo que eu sou. Alegra-se com minhas vitórias, e revive em mim a alegria de oportunidades que a vida não lhe deu. Mulher inteligente, sábia, forte e talentosa. Mamãe que é uma artista, musicista. Sempre me diz: “Ah, se eu tivesse a oportunidade de ter estudado!”. Então, mãe, esta vitória é nossa, eu consegui. Te amo.

A Arlindo, pai querido, dedicado, zeloso, amável e dengoso. Homem de fé, que se orgulha da sua dignidade e honestidade. Luta com o poder da oração e se orgulha de ter ofertado a oportunidade de estudo às suas filhas, mesmo em meio a dificuldades e renúncias. Papai que se orgulha da família, que ama incondicionalmente e que não se cansa de dizer que era um dos melhores alunos da turma da escola da zona rural onde cresceu, mas sempre lembra que mamãe era a mais inteligente. Lamenta não ter estudado, mas sente orgulho do sucesso das filhas. Pai, sempre digo que a sua sabedoria transcende a de muitos doutores. Te amo.

À Silvia Amália, minha irmã, pelo apoio e por ter me incentivado a estudar. Você renunciou a conquistas em prol das minhas. Trabalhou muito para que eu tivesse o melhor e comemorou como se fosse sua a minha aprovação no penúltimo lugar no vestibular da UFES para o curso de Enfermagem. Quando papai teve medo se teríamos condições financeiras de me manter fora de casa, foi a primeira a dizer:

“Ela vai”. Obrigada, pois se não fosse por você eu não estaria aqui. Obrigada por ter me dado a oportunidade de conhecer um amor que eu nunca imaginava ao me conceder meus dois sobrinhos queridos. Tudo que sou devo a você. Te amo.

À Luisa, minha sobrinha linda, carinhosa e amável. Minha amiga de todas as horas, que me ensina a cada dia o sentido de amar sem pedir nada em troca. Nininha te ama e será sua fada madrinha por toda a vida.

A Luis Otávio, meu sobrinho e bebê muito amado, o mais novo homem da casa. Veio para apoiar o vovô que era sempre minoria. A madrinha te ama muito e sente muita saudade. Que você tenha sempre amor e alegria.

Ao meu cunhado José Ronim pelo carinho e amizade.

A toda minha família, por ser meu porto seguro e por compreender os momentos de ausência.

À querida professora Rita de Cássia, minha orientadora de doutorado. Como o tempo passa rápido, professora, parece que foi ontem que te procurei para seleção da bolsa de iniciação científica e hoje estamos aqui, juntas, comemorando a minha defesa de doutorado. Foram mais de dez anos, de grandes conquistas e muitas vitórias. Obrigada por acreditar em mim e por compreender as minhas fraquezas e ausências. Concedeu-me tantas oportunidades e soube despertar, em mim, saberes que conformam a pesquisadora e professora que me tornei. Você sempre foi a minha referência, e construímos uma relação de respeito e confiança que se findou em uma amizade. Você será sempre a minha “professora Rita”.

Ao professor Túlio Franco, por sua solidariedade, dedicação e exímio saber. Sempre presente e disposto a ajudar e contribuir na construção do conhecimento. Obrigada por acreditar em mim e pelo apoio de sempre.

À professora Eliane de Fátima, pelo apoio e amizade. Obrigada pela confiança, carinho e dedicação. Sempre digo que você foi um presente de Deus e que nossa amizade começou no dia que nos conhecemos; foi amor à primeira vista. Admiro sua bondade e saiba que seus ensinamentos serão sempre lembrados por onde eu for.

À professora Maria Angélica, pela partilha de conhecimento e pelo apoio e carinho.

Ao meu namorado, Cleocir, que viveu cada momento destes últimos dois anos de doutorado, ao meu lado, compartilhando alegrias e tristezas. Obrigada por ter me amparado no momento em que eu mais precisava e por ter sido perseverante e compreensivo. Perdoe-me pelos erros que cometi no turbilhão de emoções que se firmaram nessa reta final e saiba que essa vitória eu dedico também a você. Você me ensinou que o amor supera tudo. Te amo.

Às amigas e colegas de trabalho, Leticia Molino e Leticya Negri, pelo apoio e compreensão. Em dias felizes e dias de luta construímos nossa história na sala das Letícias.

À amiga Flávia Portugal, pelo prazer da convivência e da amizade. Admiro sua força e determinação.

À amiga Paula, por estar sempre presente e ao meu lado. Obrigada pelas palavras de carinho e motivação. Obrigada pelo prazer da amizade.

À amiga Luandra, por me reerguer no momento em que eu mais precisava e por ofertar tanta alegria aos meus dias. Perdoe-me pela ausência e saiba que é muito especial.

À querida Cinara, que sempre me recebeu na secretaria do PPGSC com um sorriso repleto de alegria. Dividiu momentos difíceis e comemorou comigo as pequenas vitórias. Você é umas das amigadas que levo com carinho deste doutorado. Obrigada por tudo.

Às minhas colegas de doutorado, Carolina, Cláudia, Geisa e Kallen, pela convivência durante esses quatro anos e pelo apoio.

Aos professores do doutorado em Saúde Coletiva do PPGSC, pelos ensinamentos.

Aos alunos do curso de Enfermagem do CEUNES/UFES, pela oportunidade de compartilhamento de saberes e pelo carinho. Em especial, aos meus orientandos de extensão e iniciação científica, Thais Sossai, Rafaela Lirio e Nilo, que compartilham comigo o amor e a dedicação ao trabalho na Atenção Básica. Obrigada por acreditarem no meu trabalho e pela relação de amizade que construímos.

A Maiza Bonfim, amiga sempre presente, que admiro pela competência e dedicação ao trabalho. Obrigada pela dedicação a nossa amizade e pelas oportunidades que me propiciou desde que nos conhecemos.

Aos queridos amigos do Nupgasc, Priscilla, Ana Cláudia, Bruna, Rafael, Érika, Pablo, Flávio, Renata, Paula, Adriana, Thiago Sarti e tantos outros que foram sempre presença amiga e que dividiram o trabalho e as alegrias.

Às amigas Mariana Botelho e Dayana Justiniano pela ajuda na realização e transcrição das entrevistas e pela dedicação e empenho ao meu trabalho.

Aos amigos Thiago Prado e João Paulo, sempre presentes em todos os momentos e grandes parceiros na vida e no trabalho.

Ao amigo Wellington Prado pelo carinho e atenção.

Ao amigo Humberto Rocha pela amizade, apoio e presença.

Aos colegas de trabalho da Estratégia Saúde da Família Honorio Piassi, que me acolheram com tanto carinho e me ajudaram no desenvolvimento do meu doutorado. Foi um prazer trabalhar com vocês. Em especial, a amiga Zélia, que assumiu minhas tarefas para que eu pudesse estar presente nas aulas do doutorado.

Aos gestores entrevistados pela oportunidade de desenvolvimento da pesquisa e pela disponibilidade em acolher-me e partilhar o cotidiano de trabalho.

Minha eterna gratidão a todos que fazem parte da minha vida!

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma de nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

RESUMO

O processo de gestão do trabalho em saúde no cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma intenção analítica fundamentada nos conceitos propostos por Foucault acerca dos dispositivos de poder e das técnicas do cuidado de si e dos outros como fundamento de um exercício de um poder político. A unidade de análise transita entre o espaço da macropolítica e da micropolítica da gestão do trabalho em saúde que permeia o território de imanência entre o que é tido como norma e a renormalização. O objetivo é analisar a gestão do trabalho na ESF no estado do Espírito Santo, a partir do discurso dos gestores, assim como identificar as práticas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Para o alcance dos objetivos, foram convidados a participarem os gestores de 36 municípios do ES: secretário municipal de Saúde; coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família e coordenador municipal da Atenção Primária à Saúde. Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a observação participante. A análise de discurso foi a base da análise dos dados e a cartografia foi utilizada como método complementar de pesquisa. Destacam-se, nos discursos, elementos que sinalizam uma prática de gestão por disciplinamento e controle dos trabalhadores, através da obtenção de resultados, fundamentada em atos mandatórios e normalizadores do trabalho dito prescrito, trabalho morto, que amputa o trabalhador da sua autonomia e inventividade. Inovar para os gestores, em estudo, representa mobilizar os trabalhadores com base em um centralismo político que garante ao gestor formal a decisão final e definição dos rumos, já que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores. Os gestores produzem práticas de si, no entanto, estão aprisionados pelas normatizações da própria organização de saúde, através de marcas inscritas em seu corpo e que determinam um ser gestor de saúde com discursos e ações serializados. São gestores *stultus*, já que não exercem o cuidado de si enquanto liberdade e albergam uma vontade subordinada, que não é livre.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho. Saúde da Família. Trabalhadores. Gestor de Saúde.

ABSTRACT

The process of healthcare work management in the scenario of the Family Health Strategy is highlighted as an analytical intention founded on the concepts proposed by Foucault about the apparatuses of power and the techniques for the care of self and others as the foundation of a political power exercise. The analysis unity transits between the space of macro-politics and that of the micro-politics of the management of work in healthcare, which permeated the territory of immanence between what is taken as the norm and re-normalization. The objective is to analyze the management of work in the Family Health Strategy in the state of Espírito Santo, starting from the discourse of the managers, as well as identifying the practices involved by the managers in the constitution of the government of self and others. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. To achieve this objectives, managers from 36 municipalities of the state of Espírito Santo were invited to participate: the Municipal Health Secretary; the Municipal Coordinator for the Family Health Strategy; and the Municipal Coordinator for Primary Health Care. A semi-structured interview and participant observation were used for the collection of data. The discourse analysis was the basis for data analysis, and the cartography was used as a complementary method of research. There are elements in the discourse that are highlighted for signaling to a practice of management through discipline and control over the workers, through the attainment of results, founded in mandatory acts and in the normalization of the work, which is called prescribed, dead, amputating the autonomy and creativity of the worker. For the managers, to innovate means to mobilize the workers based on a political centralization that warrants for the manager the final decision and the definition of the directions, once the teams have little governability relating to the definition of goals and indicators. The managers produce self practices, but are imprisoned by the normalizations of the healthcare organization itself through the marks that are inscribed on their bodies and that determine a healthcare manager with serialized discourses and actions. They are *stultus* managers, since they don't exercise the self care as freedom, and bare a subordinate will, which is not free.

Keywords: Work management. Family Health. Workers. Healthcare Manager.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFF	Universidade Federal Fluminense
RJ	Rio de Janeiro
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	INTRODUÇÃO	17
3	OBJETIVOS	26
3.1	OBJETIVO GERAL	26
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4	ENSAIOS SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO GOVERNO DE SI E DO OUTRO	27
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
5.1	DELINEAMENTO	50
5.2	CENÁRIO	51
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA	53
5.4	COLETA DOS DADOS	53
5.5	ANÁLISE DOS DADOS	55
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	56
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS GESTORES .	58
6.2	ARTIGO 1 - A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES)POTENCIALIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE	62
6.3	ARTIGO 2 - O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS TECENDO MODELAGENS DE GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICES	134
	ANEXOS	145

1 APRESENTAÇÃO

Vim, tanta areia andei
Da lua cheia eu sei
Uma saudade imensa
Vagando em verso eu vim
Vestido de cetim
Na mão direita, rosas
Vou levar

Paulo Tapajós Gomes Filho

‘Por onde andei’ traduz a travessia que fiz até a concepção deste estudo.

Desde a graduação em Enfermagem, a Saúde Coletiva enquanto campo de saberes e práticas foi uma escolha para a aquisição de conhecimentos. Iniciei a pesquisa na área com enfoque na análise dos processos de trabalho em saúde, na ótica da micropolítica, com a releitura do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho de conclusão de curso (TCC) tinha como objetivo desvendar o processo de trabalho do ACS no município de Vitória/ES e identificou que existe uma idealização das competências referentes ao trabalho, o que gera um sentimento de impotência e limitação em face dos desafios impostos. Concluímos que o ACS necessita de ferramentas e habilidades que superem o conhecimento técnico, permitindo-lhe atuar no âmbito social de cada família, considerando o campo das necessidades de saúde de cada usuário. O estudo foi aprovado para a publicação e constitui uma das produções mais citadas, dentre as de minha autoria.

Fui inundada pelo desejo de pesquisar e aprofundar meus conhecimentos sobre o trabalho do ACS, o que me deu potência para a busca do ingresso no mestrado. A professora Rita Lima, minha orientadora da iniciação científica, em minha defesa do TCC, sugeriu que eu ousasse outros voos, novos horizontes, e eu resolvi me lançar ao desafio de deixar o conforto da minha Universidade de formação para ingressar no mestrado em Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF). Lá tive a oportunidade de conhecer o professor Túlio Franco, que me proporcionou infinitas possibilidades no campo da filosofia aplicada à compreensão da micropolítica dos processos de trabalho em saúde. Debrucei-me no estudo aprofundado de autores de

escrita complexa, mas que me permitiram ressignificar o objeto em estudo, e então decidi abordar as alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do ACS com base no diálogo entre a teoria das afecções de Espinosa e a Psicodinâmica do Trabalho de Dejours. No primeiro ano do mestrado houve um grande investimento na construção do marco teórico que se constituiria como a base da análise dos dados obtidos por meio de entrevistas com os ACS no município de São Gonçalo/RJ. Após a qualificação tive um grande desejo em atuar na prática cotidiana como enfermeira, o que teve como resultado a aprovação no concurso público para a ESF do município de Angra dos Reis. Professor Tulio me incentivou a assumir o cargo e me alertou sobre como a prática de trabalho reordenaria minha concepção, ainda ingênua, sobre a prática do ACS. Eis que, após seis meses de trabalho, a minha análise dos dados sofreu uma profunda reestruturação e a pesquisadora, em mim, abandonou a visão ingênua do ACS como o elo entre a equipe e a comunidade e se abriu à evidência dos limites e das potencialidades do trabalho deste ator em seu cenário real de práticas. O desvendamento do trabalho do ACS revelou um trabalhador que opera na molaridade e pluralidade, um híbrido que permeia territórios distintos da tríade poder, saber e subjetividade. Estar em situação real de trabalho me permitiu olhar para este trabalhador como produção e reprodução, como potência de vida e de morte, como promoção de ações de cuidado ou descuidado. Eu tinha a plena certeza de que tinha sido inundada pelo meu objeto e pelas concepções teóricas de que me apropriei, de tal forma que a separação entre a teoria e a prática era impossível ou inviável.

Permaneci por três anos na ESF em Angra dos Reis e senti saudades de casa. Da casa em seu sentido de convívio familiar e enquanto unidade de formação acadêmica. Era a hora de voltar! Mas, para uma enfermeira que não opera em territórios de incerteza, ingressei na ESF no município de Castelo/ES, ao mesmo tempo em que fui aprovada na seleção para o doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Era a hora de viver um conflito entre o abandono do cargo ou a vivência conjunta das duas novas possibilidades. E viver tudo junto foi a minha opção, nada fácil, mas fundamental para alimentar a pesquisadora, em mim, e a enfermeira afoita por cuidar e estar em encontro com o outro. Eu não sobreviveria sem estar em encontro de cuidado com o outro, era o que me dava forças para superar o cansaço da produção intelectual do doutorado.

No doutorado, o objeto de estudo escolhido foi a análise da gestão do trabalho na ESF, a partir do discurso do gestor, o que me gerou desconforto, visto que imperava em mim, como trabalhadora da ESF, os conflitos e resistências estabelecidas com a gestão formal no decorrer da minha trajetória de trabalho. Para mim, o gestor era tido como o ditador, normatizador, alienado e que prescrevia práticas e condutas inaplicáveis à realidade das equipes. Era a figura, em meu imaginário, do alheio ao cotidiano de trabalho e mantedor de hierarquias fundadas no medo e repressões. Foi necessária a ruptura com meus conceitos pré-fabricados, para que eu conseguisse analisar o trabalho do gestor, enquanto um trabalhador que está em cargo formal de gestão e que, também, está exposto a processos de captura e servidão. Eu precisava olhar para ele com o olhar de pesquisadora em investigação de seus campos de práticas, e como a pesquisadora e a enfermeira são inseparáveis, o processo foi árduo e doloroso.

Eis que entre as andanças ocorreram rupturas, contratos e descontratos, o que me incentivou a trilhar novos caminhos e que me desterritorializaram. Assumi um novo cargo público como docente do curso de Enfermagem da UFES, campus de São Mateus/ES. Um novo trabalho, uma nova cidade, um objeto de estudo em construção e outras possibilidades: novos territórios foram sendo produzidos em mim e nos outros. Como afirma Viviane Mosé (informação verbal) ao citar Espinosa, “se eu sou uma porção finita do que é o infinito da vida eu sou movida por forças que eu não posso controlar”.

Superei os conflitos, em mim, e descobri nas entrevistas e observações em campo que mais uma vez a minha postura foi ingênua; havia muito mais a ser desvendando além do que eu imaginava. Ativei o meu olhar vibrátil para ver além do que eu concebia como sendo o gestor formal de uma organização de saúde e eis que o que descobri está descrito nas páginas que seguem.

A construção do marco teórico deste estudo foi desenvolvida no escopo descritivo dos artigos produzidos com base nos resultados analisados, com ênfase na análise da imanência entre a macro e a micropolítica da gestão em saúde, atentando para a aplicabilidade da teoria do cuidado de si e do outro, desenvolvida por Foucault (2010; 2011), como uma possibilidade teórica de disparar olhares mais aprofundados sobre o tema no âmbito das práticas de saúde. Assim, o presente

estudo se constitui na análise dos discursos dos gestores do trabalho da ESF na constituição de práticas que desvendam a arte de governar a si e aos outros no cotidiano do trabalho em saúde.

O Artigo 1 compreende os objetivos específicos de analisar os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na ESF no estado do ES e identificar as práticas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros. Com base nas categorias analíticas empíricas propostas, são apresentados os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na ESF, com sinalização de práticas de gestão por disciplinamento e controle dos trabalhadores, através de normatizações dos diferentes processos de trabalho.

O Artigo 2 tem como objetivo identificar as técnicas de governo e procedimentos utilizados na produção de práticas de controle das condutas, no âmbito da gestão do trabalho, e descrever as modalidades de gestão do trabalho na ESF no ES. São propostas categorias analíticas que conceituam as modelagens de gestão a partir do discurso dos gestores, como: improviso, compartilhada e do poder disciplinar. Esse artigo aprofunda o referencial teórico do governo de si e dos outros, proposto por Foucault (2010; 2011), aplicado à gestão do trabalho em saúde, com destaque para a compreensão das relações de poder circunscritas nas relações estabelecidas pelos diferentes atores no bojo das práticas de gestão.

Convido você à leitura do que produzi em minhas andanças.

2 INTRODUÇÃO

O encontro do pesquisador com o seu objeto de análise se produziu na leitura extenuante de diferentes concepções teóricas acerca da gestão dos processos de trabalho em saúde no corpo de um projeto sentinela, intitulado análise das principais modalidades de gestão da ESF no estado do ES. O projeto foi desenvolvido por docentes, pesquisadores e discentes inseridos na linha de pesquisa: Política, Gestão e Avaliação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES). Nessa linha, temas como políticas de saúde e os diferentes formatos de gestão e avaliação têm sido privilegiados com diferentes recortes de cenários e abordagens conceituais.

O processo de gestão do trabalho na ESF surge como uma intenção analítica; e a busca de conceitos que instrumentalizem o pesquisador na compreensão da produção das técnicas de governo nos apresentam as proposições de Foucault a respeito dos dispositivos de poder e das técnicas do cuidado de si e dos outros, como fundamento de um exercício de um poder político. Existe o desejo de compreender a construção do agir do gestor para além das regulamentações formais das diferentes esferas de governo, ou seja, o trabalho dito prescrito, o que é possível através de conceitos que permitam um novo “olhar” capaz de desnudar este ator que constitui um trabalhador da saúde ao mesmo tempo em que ocupa um espaço de constituição de um poder que tangencia o saber-fazer de outros atores em ação.

A gestão em saúde não é fim em si mesma, se materializada na rede de saúde – e os gestores são os operadores dessa rede, estabelecendo contato direto com a organização dos processos de trabalho em saúde. Para Barros e Barros (2007) ela não representa apenas a organização do trabalho, mas sim “o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”, que se configuram como dobras de um plano de produção, de forma que o trabalho em saúde é visto como um espaço de produção de saberes, no qual planejar, decidir, executar e avaliar não se separam, estando a gestão da atividade vinculada à prática nos serviços (BARROS; BARROS, 2007, p. 62).

O gestor formal da organização de saúde é aquele que ocupa um cargo de autodireção do governo, também conceituado por Matus (1993) como um agente da organização representado pela letra g em grafia maiúscula (G). De acordo com o autor, os trabalhadores também são agentes da organização e são simbolizados pela letra g em grafia minúscula (g). Todos governam, mesmo que caiba ao G a incumbência formalizada de governar.

Merhy (2015) indaga sobre qual o conceito de organização de saúde que opera no entendimento dos seus agentes, salientando que a mesma, em sua essência, é aquela construída pela ação dos diferentes atores que nela governam, em movimento de encontros e atos de fala. Há uma dobra entre o formal e o informal, uma disputa entre a norma e a liberdade, uma tensão entre o trabalho morto, representado pelas normas, equipamentos e saberes instituídos; e o trabalho vivo enquanto aquele realizado em ato no encontro trabalhador-usuário. A organização existe e não existe, de forma que “é permanentemente atualizada pelas ações de seus próprios coletivos, que também estão em intenso processo de institucionalização, em um campo de disputa de mundos com implicações éticas e políticas chaves para o processamento dos atos produtivos” (MERHY, 2015, p. 5).

A unidade de análise transita entre o espaço da macropolítica e da micropolítica, que em seu conjunto constituem o campo da biopolítica como o lugar real de produção do trabalho, repleto de micropoderes e biopotências. A potência da vida, enquanto sinergia ou desconstrução coletiva no trabalho, se conforma nos afetos e desejos dos sujeitos operantes que vivem a sua singularidade na relação imanente com os outros. Assim, a biopotência representa a potência do trabalhador que luta para fazer valer a sua liberdade na relação de si e na constituição da relação com os outros, já que o trabalho em saúde é em sua essência um trabalho relacional.

O trabalhador gestor em saúde, então, é um personagem social do campo da micropolítica, que segundo Rolnik (2006) envolve processos de subjetivação relacionados às esferas política, social e cultural, através dos quais se configuram os “contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva”. O espaço “micro” constitui o componente político no qual não existem unidades e sim intensidades, imersas em um plano de afetos não subjetivados, determinados pelos agenciamentos que o corpo faz em sua relação imanente com o mundo. No espaço

da micropolítica, espaço de multiplicidade, se inscrevem relações permeadas pelo poder, mais precisamente pelos micropoderes produzidos na confluência entre os corpos, o que desmistifica a ideia de um corpo social construído por unidades (ROLNIK, 2006, p.11).

O estudo do espaço da macropolítica se fundamenta nas normalizações constituídas como um direcionador para a prática da gestão do trabalho em saúde que, nesse contexto, podem significar a mediação política e técnica entre os objetivos éticos e políticos na missão do Sistema Único de Saúde (SUS) e os objetivos de gerenciamento da força de trabalho disponível, tornando-se dessa forma uma função política, que deve ser desempenhada com competência e efetividade (NOGUEIRA; SANTANA, 2001). Também, como reconhece Santana (2001), essa é uma área crítica para a renovação das concepções e das práticas gerenciais. Além disso, existe amplo consenso de que não existe organização eficaz sem uma gestão eficaz, sem um trabalho hábil de prever, organizar e avaliar os trabalhadores e os recursos materiais e financeiros para atingir os objetivos organizacionais com a população a ser atendida (JUNQUEIRA, 1990).

Amaral (2011), ao deter-se na compreensão das ações dos gestores, identifica uma vertente que denomina como psicossocial, relacionada aos fenômenos organizacionais que contemplam a singularidade dos trabalhadores com suas motivações, desejos e práticas de poder. Ressalta também que a gerência envolve o alcance de metas e objetivos estabelecidos e que o gestor desenvolve habilidades que garantem o exercício da liderança com base em relações de: coerção, que envolve a ameaça ou aplicação de punições sobre os liderados; recompensa, com a garantia de vantagens ou benefícios; referência, relacionada ao respeito, empatia e justiça; e competência, com o desenvolvimento da criatividade, autonomia, eficácia e eficiência.

Campos (1992), ao analisar o tema, adverte sobre a impossibilidade da consolidação do SUS sem que os trabalhadores de saúde sejam um dos principais protagonistas no processo de construção dessa política pública. De acordo com o autor, não será possível fazer avançar o sistema sem a integração e esforço da maioria dos trabalhadores de saúde. Assim, tem insistido na necessidade de se incluir, em qualquer projeto de mudança, as demandas e necessidades dos

profissionais de saúde, de forma que “há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados ‘recursos humanos’ sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança” (CAMPOS, 1992, p. 138).

A gestão do trabalho em saúde permeia o território de imanência entre o que é tido como norma e a renormalização, que consiste na recriação do que é proposto por leis e formulações da gestão engessada, o que evidencia a impossibilidade de controle das ações e agires dos diferentes atores, por parte do gestor formal. Esse deve reconhecer o espaço do trabalho em saúde como um ambiente de questionamento do que é prescrito através da produção e reprodução de relações de poder, que circulam entre o prescrito e o real (HENNINGTON, 2008). Merhy (1999) apresenta a tensão inscrita no exercício da gestão em saúde devido ao conflito entre a autonomia e o controle dos trabalhadores, o que dificulta a condução de um dado modelo tecnoassistencial pautado em metas rígidas pactuadas pela gestão formal.

Neste estudo, o campo da micropolítica da gestão do trabalho na ESF é analisado sob o olhar das formulações teóricas de Foucault na determinação do cuidado de si e dos outros, na vertente da produção do governo de si e dos outros, com referência aos conceitos de poder e governo.

O poder para Foucault (2010) se produz e se processa em rede, sendo mais bem designado como relação de poder, já que é circular e inscrito como presente em todas as relações humanas. Todos os indivíduos exercem o poder, já que não é uma exclusividade de alguns. No entanto, a posição que ocupam na sociedade pode determinar maior ou menor controle de uns sobre os outros, no sentido de alguns instrumentos técnicos serem mais acessíveis aos ocupantes de cargos de autodireção, como o exercício da disciplina sobre os corpos, para o controle dos gestos e condutas, ou mesmo como forma de produção, indução do saber e construção do discurso.

O autor introduz a ideia de “anatomia política” ao pensar nas formas invisíveis de um poder disciplinar que cria corpos úteis, também denominados como corpos dóceis: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser

transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2010, p. 132). Trata-se de um controle dos corpos sem a imposição de força ou coerção, mas sim do controle de gestos, atitudes e operações de forma que o mesmo seja útil, ou seja, o poder disciplinar é tido como uma aptidão, algo que possa ser praticado e exercido por todos os indivíduos sob a forma de um olhar calculado (FOUCAULT, 2013). Fazendo uma analogia ao conceito de poder disciplinar, encontramos o exercício do mesmo em diferentes formas no bojo da gestão dos processos de trabalho em saúde. Está inscrito em um espaço no qual todos os atores produzem e exercem micropoderes. A gestão formal conflui entre esses e o poder disciplinar instituído pelas normas de conduta das ações, com a finalidade de produzir atos em saúde mais próximos do que é estabelecido pelo trabalho prescrito e pelas metas pactuadas com instâncias, muitas vezes, distantes do trabalho real.

O conceito de governo é proposto por Foucault (2011) como um conjunto de técnicas e procedimentos que direcionam a conduta dos homens. O cuidado de si apresenta uma conotação ética e corresponde ao modo como o sujeito conduz a si e aos outros, assim como um desejo de governar os outros através de saberes e práticas que são exercidas pelo eu. O cuidado de si surge como um primeiro despertar, uma agitação, movimento e inquietude, e está atrelado à prática do exercício do poder, de forma que:

Como vemos, ‘ocupar-se consigo’ está, porém implicado na vontade do indivíduo de exercer o poder político sobre os outros e dela decorre. Não se pode governar os outros, não se pode bem governar os outros, não se pode transformar os próprios privilégios em ação política sobre os outros, em ação racional, se não está ocupado consigo mesmo (FOUCAULT, 2011, p. 35).

Grabois (2011) aponta que através do controle das próprias paixões e das atribuições individuais os outros terão plena certeza de que o governante saberá limitar o poder que exercer sobre os outros e terá ferramentas úteis para a gerência das condutas. O cuidado de si envolve o desenvolvimento de práticas que instrumentalizam o indivíduo na condução de outros e representa também uma estratégia de autoconhecimento que busca a produção de verdades e resistência ao poder que lhe é exterior.

A governamentalidade é apresentada por Foucault (2011) como um campo estratégico de relações de poder e compreende uma trama em torno do governo de

si e dos outros, o que confere ao conceito uma conotação também política. Assim, para fins de análise da gestão do trabalho em saúde, o conceito de cuidado de si está vinculado ao movimento de recriação, inventividade e desenvolvimento de práticas e instrumentos que conduzam o gestor na produção do seu trabalho e que o permitam gerir o trabalho e as condutas dos outros, buscando apreender as linhas de resistência que surgem no espaço da governamentalidade, já que todo trabalhador da saúde é também gestor do seu próprio trabalho e capaz de exercer o cuidado de si e de produzir práticas de poder.

Campos (2007a) alerta que o comando e situações de organização do processo de trabalho autoritárias impedem o exercício da liberdade dos trabalhadores, criando profissionais alienados e descomprometidos. Para o autor, os trabalhadores passam a ser movidos apenas por recompensas financeiras e/ou vigilância constante, o que precariza as práticas de trabalho, sinalizando o insucesso desses instrumentos de gestão. Assim, a gestão em saúde no Brasil se apresentaria com fortes tendências tayloristas, normatização burocrática, supervisão e controle de horário e produtividade, mostrando-se ineficaz em sua totalidade quando consideramos o protagonismo dos trabalhadores na condução das suas práticas cotidianas de trabalho. O que existe é um distanciamento entre os executores (G) das funções formais de gestão e os agentes (g) operadores das atividades finalísticas.

Franco (2013) reconhece que o trabalhador da saúde é livre na organização do seu processo produtivo, porém, ressalta que a gestão tem potência para discipliná-los através de normas, regras e protocolos de condutas que visam padronizar os atos, muitas vezes, por meio do consentimento dos próprios trabalhadores, que se deixam aprisionar e capturar em seus modos de agir. Para Foucault (2008) a disciplina é um dos instrumentos que o poder exerce sobre os corpos e gera como controle das condutas as normatizações, de forma que o soberano compreendido enquanto o sujeito ocupante de cargo de direção do governo é capaz de dizer não ao desejo do indivíduo de uma forma legítima e fundada na própria vontade do governado.

O artifício seria reconduzir a vontade do outro, no contexto das relações de poder, de acordo com os instrumentos de persuasão empregados no bojo da organização. Técnicas e habilidades de governo seriam esses instrumentos de disciplinamento dos trabalhadores, sendo hipotético afirmar que estariam, frequentemente,

relacionadas às práticas de coerção, ameaça, medo e punições. O gestor formal do trabalho, pela posição que ocupa na organização, teria estratégias de poder que poderiam subjugar os trabalhadores a práticas diretivas, considerando a possibilidade de sanções como a demissão ou retirada de incentivos financeiros.

Os modelos de gestão e modos de subjetivação apresentam-se como processos contíguos, que se entrelaçam em um movimento circular de mudança e produção de novos territórios no campo da gestão em saúde (COELHO, 2015). Neste estudo, o gestor tem a possibilidade de expressar por meio do discurso, como constituição sócio-histórica, a sua vivência na gestão do trabalho por meio da análise e reflexão das práticas de si que influenciam diretamente a forma como ele agencia as práticas do outro. É um olhar para si mesmo e suas condutas na gestão dos diferentes trabalhos. O que se busca são as técnicas e habilidades utilizadas nesse contexto de ação, com o objetivo de identificar a multiplicidade das formas de fazer a gestão em saúde.

Um modelo de atenção à saúde deve ter seu foco no conteúdo do sistema de saúde, representado pelas práticas, e não apenas no continente, enquanto infraestrutura, gestão e financiamento. Essa designação refere-se essencialmente às formas de organização dos serviços, com base em tecnologias estruturadas para a resolução de problemas e atendimento das necessidades de saúde. Paim (2012), ao apresentar os diferentes modelos technoassistenciais vivenciados no país, destaca: o modelo médico, hegemônico, com medicalização dos problemas e privilégio da dualidade saúde/doença; o Programa Saúde da Família (PSF), com intervenção focada em pobres e excluídos, tecnologia da programação em saúde, ações territorializadas, prevenção de riscos e agravos; e a ESF, com interface entre as combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância à saúde e reorganização dos processos de trabalho.

O PSF surge, em 1994, como um modelo de atenção à saúde de caráter verticalizado e prescritivo, no contexto da Atenção Primária Seletiva, constituída por programas focalizados e diretivos, com uma cesta restrita de serviços direcionados às populações pobres e vulneráveis. Essa concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) difere daquela proposta na Conferência de Alma Ata, em 1978, que tinha o propósito de instituir uma atenção abrangente ou integral, a partir da necessidade de

enfrentar os determinantes sociais de saúde, com caráter universal. Giovanella e Mendonça (2012) associam o surgimento da APS seletiva ao contexto mundial adverso de baixo crescimento econômico, considerando a perspectiva de redução de custos das agências internacionais de financiamento, como, por exemplo, o Banco Mundial. A proposição da lógica de contenção dos gastos foi designar um pacote de intervenções de baixo custo para combater as doenças em países em desenvolvimento.

No Brasil, os esforços para a superação dessa herança da APS seletiva tiveram como proposta a mudança do termo APS por Atenção Básica, enquanto um nível de atenção do SUS, essencial, fundamental e primordial, diferencia-se do conceito seletivo restrito de primitivo e simples. Assim, o PSF enquanto programa vertical e restrito da APS seletiva experiencia uma reformulação para um modelo de atenção da APS integral, admitindo o caráter de uma estratégia de substituição do modelo de atenção à saúde, com a organização do SUS em processo de municipalização, integralidade do cuidado, participação da comunidade e reorganização das práticas de trabalho (Giovanella; Mendonça, 2012). Em 1997, o Ministério da Saúde (MS) atribui à Saúde da Família o escopo de estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com um enfoque na proposta de ação no contexto da atenção básica e como porta de entrada do sistema (Brasil, 1997).

Franco e Merhy (2003) referem que a matriz teórica do PSF está circunscrita ao campo da vigilância em saúde de territórios, centrando o processo de trabalho às normas e prescrições de caráter higienista, constituindo uma linha paralela ao modelo médico hegemônico. Para os autores, para além da proposição de uma conceituação de estratégia, o PSF cometeu um “erro de saída”, aliado à herança de uma proposta da APS seletiva e desvinculada da potência de transformação que se refere à reestruturação dos processos de trabalho em saúde. A despotencialização da proposta como um novo modelo assistencial está contida na ênfase da mudança de estrutura, sem que haja ressignificações concisas nos microprocessos do trabalho em saúde.

Gil (2006) reconhece o crescimento da ESF no Brasil, mas ressalta que ela apresenta desafios para sua viabilização, enquanto estratégia estruturante de sistemas municipais, no que se refere às práticas profissionais que deveriam estar

centradas no vínculo, responsabilização, integralidade e trabalho em equipe e a gestão burocratizada do sistema, com normatizações, lógica quantitativa de produção de procedimentos, baixa capacidade de inovação gerencial e desarticulação com os demais pontos de atenção da rede de serviços.

Nesse cenário, os trabalhadores da saúde constituem um dos desafios à implementação dos modelos de atenção à saúde no âmbito do SUS, especialmente na atenção básica, especificamente na ESF, visto que a reorientação dos modelos vigentes será possível a partir da organização das práticas em saúde no espaço da micropolítica. Fortuna (2002, p. 273) aponta que os trabalhadores da saúde são o alvo das discussões de inovações no SUS no que se refere à organização do trabalho. Propõe um distanciamento do termo “recursos humanos em saúde”, proposto por alguns autores e políticas ministeriais, reconhecendo que o trabalhador é um “sujeito social em processo de relação” e não pode ser equiparado a um mero recurso da instituição, em semelhança a recursos materiais e físicos.

Dessa maneira, esta proposta parte do princípio de que os responsáveis pela gestão do trabalho da ESF são protagonistas essenciais para a implementação das políticas públicas de saúde e por isso o seu agir cotidiano deve ser conhecido, no intuito de gerar conhecimento para a tomada de decisão. Justifica-se pela constatação de que a análise dos componentes da macropolítica e da micropolítica da gestão do trabalho na ESF permite a compreensão do trabalho real desenvolvido pelo gestor na condução do governo de si e dos outros, o que pode evidenciar as linhas de ruptura e de resistência que desenham a trama das relações de produção de poder, assim como as falhas entre o que está prescrito por normas e o que constitui o trabalho real desses atores. Busca-se o desvendamento do campo real e processual das práticas de gestão em saúde, com especial interesse nas ferramentas de gestão utilizadas no cotidiano e o seu efeito na conformação das diferentes modelagens de gestão em saúde, no contexto do trabalho. A intenção analítica consiste no olhar de um sujeito implicado com a realidade em estudo, para o cenário da gestão do trabalho, com o intuito de apreender linhas de fugas, fluxos, afetos, relações de poder e discursos ancorados em diferentes pontos de vistas (MERHY, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a gestão do trabalho na ESF no ES, a partir do discurso dos gestores.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na ESF no estado do ES;
- Investigar as práticas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros;
- Identificar as técnicas de governo e procedimentos utilizados na produção de práticas de controle das condutas no âmbito da gestão do trabalho; e
- Descrever as modalidades de gestão do trabalho na ESF no ES.

4 ENSAIOS SOBRE A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE NO GOVERNO DE SI E DO OUTRO

A calibração dos gestos é uma amputação dos movimentos (CLOT, 2006, p. 14).

O trabalho em saúde se processa como produção de vida e subjetividade (LIMA, 2001). Santos e Barros (2012), ao apresentar os desafios e contextos do trabalho em saúde, desde a década de 90, referem que as práticas precárias de gestão estão sendo acentuadas e marcadas pelo autoritarismo e exclusão dos trabalhadores dos espaços de decisão e concepção, o que gera marcas nas relações sociais de trabalho, por meio da insatisfação do trabalhador com a cobrança de produtividade, sobrecarga de trabalho, falta de apoio da gestão formal e trabalho parcelar, fragmentado e solitário. O ato de planejar e o de executar são separados, o que diminui a autonomia e protagonismo das equipes. Para os autores, a própria institucionalização do SUS e de seus modelos de atenção favorece práticas de padronização das condutas e fragmentação do trabalho. Consideram que o trabalho nunca é neutro ou asséptico e que “sempre há usos de si e não somente execução mecânica de procedimentos”, de forma que o “controle absoluto e a obediência cega às prescrições no trabalho em saúde são algo invivível e impossível” (SANTOS; BARROS, p. 107).

A gestão do trabalho pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, pautado em situações de mando e no controle prescritivo da organização dos processos de trabalho, no campo da macropolítica, mas também ser uma ação cotidiana do trabalhador, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas práticas. O território da gestão do trabalho é constituído pela imanência entre a macro e a micropolítica, de forma que alguns trabalhadores ocupam cargos de autodireção do governo municipal e estão situados em um espaço de produção de um poder que tangencia o saber-fazer de outros atores em ação (FRANCO, 2013).

Enquanto prática de governo é produção e reprodução, uma dobra que é permeada pelo instituído e pelo instituinte, pelo formal e informal, em espaço de disputa de micropoderes e tensões constitutivas entre o que impera enquanto trabalho morto e a potência do trabalho vivo (CRUZ, 2016). Barros e Barros (2007, p. 62) destacam que a “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem” e que os trabalhadores são “desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito” (BARROS; BARROS, 2016, p. 64).

Os gestores do trabalho albergam em sua prática de governo a definição de limites precisos para o exercício do poder e ditam normas e prescrevem práticas com o intuito de garantir que os projetos da organização se viabilizem, o que gera trabalhadores repetidores de velhas práticas. Em resposta ao centralismo do poder do gestor formal, o trabalhador opera novos dispositivos e “aciona novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto do seu desejo de fazer” (FRANCO, 2013, p. 247). Assim, mesmo comparado pela gestão como um mero recurso humano, o trabalhador é o maior protagonista da produção do cuidado, “é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho com suas caixas de ferramentas” (FRANCO, 2013, p. 250). Existe uma tensão cotidiana entre liberdade e captura, que irão imprimir efeitos na formação da subjetividade do trabalhador, que pode ser nômade, enquanto movimento e agir libertário, ou aprisionada, que tende a reproduzir práticas serializadas e burocratizadas, gerando um cuidado protocolar.

O gestor formal da organização de saúde é aquele que ocupa um cargo de autodireção do governo, também conceituado por Matus (1993) como um agente da organização (G) em cargo formal de gestão, sendo que todos os agentes, sejam eles gestores (G) ou trabalhadores (g), governam, mesmo que caiba ao G a incumbência formal de exercer tal atividade, sendo que na organização operam todos os atores com diferentes graus de autonomia e governabilidade, representada pela capacidade de tomada de decisão com base nos recursos disponíveis.

A compreensão da gestão com base nas implicações normativas da atividade parte do pressuposto de que a gestão é produzida por todos os atores, sendo uma responsabilidade ética, já que mesmo sob os maiores cerceamentos, a realidade

institucional é coprodução e agir compartilhado. O funcionamento institucional opera em suas inércias e enclausuramentos, com o objetivo de conter os fluxos sociais, o que vai de encontro à “impossibilidade real de concretizar em absoluto a separação entre concepção e execução no agir humano” (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 640).

Franco (2013, p. 249) afirma que é necessário que os trabalhadores produzam encontros alegres e potentes, entre si e com a gestão, que representam “um corpo concreto e simbólico, que pode operar em um polo paranoide, criando um ambiente persecutório nas relações de trabalho, ou em um polo esquizo, o da criação, invenção, lugar dos processos instituintes e ricos em subjetivações”. Esses movimentos instituintes na composição dos encontros que se produzem no “agir cotidiano dos sujeitos” são vistos enquanto processo, com um dinamismo que os permite transformar as instituições, constituindo códigos e signos que ressignificam a relação entre o sujeito e o espaço de práticas no qual ele se situa (BAREMBLITT, 1996).

Os encontros que se produzem no espaço molecular são mediados por afetos e intensidades, no sentido de que cada corpo, seja o trabalhador ou o gestor, representa uma essência, um grau de potência que permite a este corpo afetar ou ser afetado. Para a Teoria das Afecções, quando encontramos um corpo exterior ao nosso e que nos convém, ou seja, que é capaz de aumentar a nossa potência para agir à medida que as relações se compõem, as paixões que nos afetam são de alegria, satisfação. Ao contrário, quando nosso corpo se encontra com um corpo que não nos convém, sua potência se opõe à nossa, operando uma subtração ou anulação, sendo diminuída ou eliminada a nossa potência para agir, surgindo as paixões tristes; sentimo-nos impotentes já que as paixões tristes são sempre impotência (DELEUZE, 2002). O Estado regulador no seu ato de governar os serviços e os trabalhadores produz um modo de fazer a gestão em saúde que não garante condições adequadas de trabalho, segurança, liberdade e valorização dos diferentes saberes, o que no encontro com as equipes gera paixões tristes, de impotência e de diminuição da potência de ação dos trabalhadores.

É necessário manter os trabalhadores com alta potência para agir no mundo do cuidado em saúde, através da produção de bons encontros e produção ilimitada de

subjetividades nômades e libertárias. A subjetividade para Guatarri (2005) é inerente à ideia de outro, de um indivíduo enquanto um processo e um produto, um campo processual de formas moventes. No campo da micropolítica os indivíduos “são fabricantes e fabricados nos modos de agir e nos processos relacionais” (FRANCO, 2013, p. 340).

Merhy (2014) conceitua a organização de saúde como uma arena onde operam distintos agentes institucionais com interesses convergentes e divergentes. Assim, a gestão seria o espaço de disputa dos diferentes atores, assim como a revelação dos processos de tensão e das contratualidades que estabelecem entre si. Para o autor, pensar a organização de saúde como espaço de existência da gestão remete à constatação de que a primeira não existe enquanto um espaço formal, fisicamente representado por um prédio ou repartição, mas sim como uma instância construída pela ação dos diferentes atores que nela governam, por meio de uma dobra do formal e informal, uma disputa entre a norma e liberdade, um campo de produção de mundos e pontos de vista.

O cenário dos serviços de saúde não é somente material, normativo e político, mas intersubjetivo e intersíquico, o que gera um universo simbólico e imaginário compartilhado pelos atores e inscrito em conflitos (SÁ; AZEVEDO, 2010). Os conflitos são tidos como analisadores das práticas de trabalho na promoção de corresponsabilidade no planejar, fazer e avaliar, rumo à consolidação de mudanças nas formas de gestão dos serviços. Cecílio (2005), ao considerar o conflito como a matéria-prima da gestão em saúde, alerta que alguns deles são produzidos como ruídos no interior da organização de saúde e que os gestores não escutam ou não querem escutar em virtude do seu potencial de reprodução ou produção de territórios de poder. São comparados ao conceito de superfície, que revela uma tensão sob a qual está a espessura, enquanto saberes, poderes, o instituído e malhas de captura que se interpenetram produzindo deslocamentos e rupturas. O autor afirma que o conflito pode ser desvelado como um potente dispositivo no bojo da gestão, por meio da viabilização de novos arranjos e contratos pactuados pelo coletivo do trabalho, com a emersão de ruídos invisíveis aos olhos dos gestores.

Um dos grandes desafios à gestão do trabalho em saúde é conduzir a “potência andante” enquanto estímulo à liberdade de ação e criação de cada trabalhador, no

sentido de que o projeto técnico-ético e político a serviço do cuidado deva ser também um projeto do trabalhador operante, constituindo sua subjetividade na proposição de novos dispositivos nos serviços de saúde, em contraposição à serialização de práticas rudimentares. Assim, “é possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo, e possibilitar que o trabalhador produza no outro [...] alta potência vital” (FRANCO, 2013, p. 250).

Existe uma constante tensão entre a autonomia e o controle no mundo das organizações de saúde, que é considerado um território tensional em si, já que opera com alto grau de incerteza, marcado pelas subjetividades dos atores em cena, sendo um “espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional” (MERHY, 1999, p. 309). A gestão do trabalho opera com o imaginário de um trabalhador ideal, fabricado, que seja assujeitado ao plano de governo definido por meio de uma normatividade pretendida, sem reconhecer a presença do trabalhador real, imerso em um plano de subjetividades que o compõem e que opera com gradientes de autonomia, e define a partir da sua intencionalidade a forma e direção do fazer em saúde (CECILIO, 2014).

Campos (2009) discute o conceito de autonomia como a capacidade de lidar com a dependência, de identificar as normas, compreender as relações, tomar decisões e agir sobre elas. Não é um conceito absoluto e deve ser apresentado em coeficientes ou graus e requer o exercício do conhecimento de si e do contexto relacional ao qual o indivíduo está inserido.

Cecílio (BARROS, 2007) alerta sobre a constituição de uma gestão pautada em princípios funcionalistas, que, aliados a uma ideia de gestor moralmente comprometido com a construção do SUS, produzem o gestor funcional/moral, que em sua essência reconhece o trabalhador apenas pelas funções que executa no serviço, agindo de forma a expropriá-lo do seu trabalho vivo através de uma racionalidade única nos modos de organizar o cuidado e a gestão em saúde. Assim, “a gestão tem sido a disciplina do controle por excelência”, com enfoque na produtividade e reprodução do instituído, por meio de relações interpessoais

marcadas pela ameaça que o outro e o seu saber-fazer representam. “Às vezes, na gestão, força-se o rumo, coloca-se todo mundo no mesmo caminhão, antes de saber para onde (e por que) querem – uns e outros – ir” (CAMPOS, 2007b, p. 139).

Feuerwerker aponta que,

Do mesmo modo como ocorre com trabalhadores e usuários, os gestores em suas diferentes esferas de atuação são atravessados também por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. E também é atravessada molarmente e molecularmente por diferentes linhas (FEUERWERKER, 2014, p. 68).

A quimera da atenção básica, enquanto imagem objetivo no campo do sonho ou fantasia, prevê uma rede de serviços universal, resolutiva, cuidadora e integral, sem frequentemente levar em consideração os atravessamentos reais no cotidiano, como a produção de redes alternativas e operantes, pelos trabalhadores, usuários, gestores e tantos outros autores, que nem sempre convergem para os mesmos interesses (CECÍLIO, 2012, p. 284). Nesse processo, os gestores experienciam um “tempo das possibilidades”, através da busca permanente da adequada relação entre a oferta e a demanda, buscando a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços. Os profissionais de saúde estão situados no tempo de cuidado e os usuários no tempo das necessidades, marcado, principalmente, pela experiência individual da doença. Assim, esses diferentes tempos, em geral, são díspares e geram ruídos na operacionalização do sistema de saúde, de forma que os gestores estão atentos a uma demanda que parece estar equivocada, visto a inoperância da rede de serviços; os trabalhadores culpabilizam os gestores pela demora na disponibilização dos serviços; e os usuários pelas fragilidades e imprevisibilidades com que norteiam o processo saúde-doença-cuidado advindos de suas demandas ao determinarem suas necessidades como imperativas.

O gestor está imerso em um regime de regulação governamental que vivencia a demanda crescente pelo consumo dos serviços de saúde e uma rede de atenção à saúde que não cresce na mesma velocidade, especialmente, por aspectos financeiros e político-administrativos. Ao mesmo tempo, se distancia do espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, o que torna invisíveis as redes e fluxos produzidos por trabalhadores e usuários e que, em essência, tem grande

potência na organização das redes vivas em saúde. Magalhães (2014) afirma que as redes de atenção à saúde sofrem grande impacto pelo acesso ampliado na atenção básica à saúde sem clareza dos fluxos entre os serviços, principalmente, com a expansão da ESF a partir da década de 90.

Merhy e colaboradores (2014, p. 154) ampliam a análise das redes de atenção à saúde para além da previsibilidade racional proposta pela Constituição Federal de 88 e pelas leis orgânicas do SUS, propondo a ideia das redes vivas, que contemplam as diferentes subjetividades dos atores envolvidos na produção do cuidado, reconhecendo que a rede de serviços de saúde não é única em seu regime regulatório governamental. Ao contrário, opera em diferentes fluxos, como “redes vivas em produção”, já que é produzida por todos os atores em cena, o que dificulta o controle regulatório proposto pela gestão em seu caráter meramente macropolítico. Assim, “a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência, por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas” (MERHY *et al.*, 2014, p. 156).

Pierantoni e colaboradores (2004), em um estudo sobre a capacidade gestora em instâncias locais de saúde, afirmam que a avaliação da autonomia de gestão dos gestores do trabalho nos municípios revela ser muito baixa ou inexistente, visto que a tomada de decisão sobre elementos do trabalho das equipes, como, por exemplo, contratação e utilização de recursos financeiros, está condicionada às burocracias internas, alheias à governabilidade do gestor. Os gestores em cargos de autodireção nas instâncias locais de saúde não dispõem de instrumentos e técnicas de negociação no interior da instituição que sejam capazes de sobrepor às estruturas de mando dos demais dirigentes municipais da saúde.

Um dos desafios da gestão do trabalho, segundo Franco (2013), é envolver o trabalhador em um projeto comum técnico-político-ético, já que existem sujeitos plenos e singulares, e considerando que, geralmente, os gestores do trabalho exercem uma gestão normativa de mando que garante apenas a formação de trabalhadores serializados que repetem práticas legitimadas e ultrapassadas. Assim,

Os trabalhadores são equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e

cuidado com suas caixas de ferramentas adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isso é que vai marcando sua atividade (FRANCO, 2013, p. 250).

Os gestores caricaturam a ação dos trabalhadores no cenário real de práticas, caso a mesma esteja contrária às normatizações e disciplinamento que regem o trabalho em saúde, nos municípios, como sendo um ‘perfil’ inadequado de trabalho para a ESF. Feuerwerker (2014, p. 103) ressalta que “é preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa”. A autora afirma que é necessário, no bojo das organizações e dos processos decisórios, “reconhecer a diversidade, os processos de formação de subjetividades, a forma singular de produção do cuidado” e a potência inscrita na dinâmica da práxis.

Para Cecílio (2014), a gestão e o funcionamento do SUS se configuram menos como um desdobramento de uma ação técnica-administrativa-gerencial e mais como o resultado da ação dos diferentes atores, que regulam o acesso e o consumo dos serviços e reconfiguram as práticas de cuidado com base em subjetividades libertárias e nômades. “Participar da gestão faz parte do campo de responsabilidade de todos os envolvidos em um processo de trabalho”, por meio da criação de espaços coletivos que propiciem a interação intersujeitos (CAMPOS, 2007b).

Lins e Cecílio (2007) propõem campos de intervenções organizacionais como um esquema analítico capaz de revelar as intencionalidades inscritas nos projetos de intervenção organizacional, operado por gestores e avaliadores, considerando que a operacionalização dos mesmos não é definida com base em um corpo teórico conhecido e as mudanças almejadas ao nível do discurso não se consolidam no cotidiano como ressignificação das práticas de gestão. Os autores alertam para o reducionismo proposto por análises das organizações de saúde pautadas no referencial estrutural funcionalista, no qual não há reconhecimento dos conflitos de interesse e dos desejos e subjetividades dos trabalhadores. Apresentam a análise institucional como uma ferramenta de compreensão da organização como uma relação de produção, na qual os indivíduos são desejantes, possuem autonomia e realizam ações concretas nos territórios definidos pelas normas. Assim, o sistema analítico proposto é baseado nos campos de intervenções: universalistas, representado pelo eixo normativo de definição de regras, de forma que os projetos

individuais seriam condizentes com os objetivos organizacionais, em momentos de manutenção do controle e captura da criatividade e do desejo do trabalhador, que é visto como um recurso humano; particularistas, no qual a ação e a liberdade do trabalhador podem definir ou redefinir a organização de saúde, de forma que a capacidade de governo está ancorada nas capacidades humanas coletivas, com espaço de compartilhamento de projetos; e singulares, com a tensão constante entre norma e liberdade, objetivismo e subjetivismo, estando o projeto oficial do modelo de gestão vinculado aos objetivos da organização com atravessamento por outros projetos que tencionam o instituído através de movimentos instituintes.

Os gestores formais cumprem o papel de articulação entre as questões de governo, condução da organização e dos interesses dos trabalhadores, tendo o potencial de fortalecer a grupalidade, aumentando a governabilidade e autonomia das equipes e permitindo a “construção de novos sentidos para o trabalho e de novos imaginários na organização” (SÁ; AZEVEDO, 2013, p. 42). No entanto, as autoras, apesar de compreenderem a potência da prática gerencial no embate entre as forças dominantes de manutenção do instituído, afirmam que os próprios gestores estão imersos e transitando entre territórios de um imaginário de impotência e descrença e outro de mudança e produção, que é capaz de propor novas formas de organização dos serviços. Há evidência de uma baixa capacidade de governo dos gestores, com limites na gestão dos trabalhadores que demonstram resistência às atividades a eles atribuídas, sentimentos de impotência que resultam em grande desgaste psíquico e interferência das secretarias de saúde que impõem limites para a intervenção a nível local e baixa governabilidade.

Sá e Azevedo (2013, p. 355), ao proporem o laboratório de práticas gerenciais como espaço de formação na gestão hospitalar, identificam que o sentido de gestão para os gestores, em análise, perpassa pela possibilidade de mobilização do coletivo dos trabalhadores e pelo “desgoverno”, enquanto uma dificuldade em exercer a “função castradora — estabelecimento de regras, regulação do trabalho e implementação de processos que aumentem a responsabilidade dos profissionais com seu trabalho”. Para o gestor, a impotência no cotidiano de trabalho está atrelada à dificuldade de controlar o processo de trabalho das equipes, ao atravessamento das lideranças políticas que ditam normas e condutas e à baixa capacidade de tomada de decisão.

A gestão do trabalho, nesse contexto, é analisada com base na teoria do cuidado de si e dos outros, proposta por Foucault, em relação ao conceito de governo e poder.

Para Foucault (2008) a disciplina é um dos instrumentos que o poder exerce sobre os corpos e gera como controle das condutas as normatizações, de forma que o soberano, compreendido enquanto o sujeito ocupante de cargo de direção do governo, é capaz de dizer não ao desejo do indivíduo de uma forma legítima e fundada na própria vontade do governado.

O poder para Foucault (2010) se produz e se processa em rede, sendo mais bem designado como relação de poder, já que é circular e inscrito como presente em todas as relações humanas. Todos os indivíduos exercem o poder, já que não é uma exclusividade de alguns. O conceito de governo é proposto como um conjunto de técnicas e procedimentos que direcionam a conduta dos homens (FOUCAULT, 2011).

O cuidado de si é relacionado ao ocupar-se consigo mesmo, ao conhecimento de si mesmo, no sentido da geração de uma atitude de refletir sobre as coisas e estabelecer relações, uma forma de olhar na condução de si e dos outros e uma ação de transformação e mudança com uma conotação ético-política. Desta forma, exercendo um poder sobre si será possível regular o poder que se exerce sobre o outro, de forma a não reproduzir práticas de tirania e comando, ou mesmo um governo que destitua o outro da sua liberdade de ser e fazer (FOUCAULT, 2011).

Cuidar de si é um pressuposto para o cuidado com os outros, e para Merhy (2014) esse exercício dá potência ao trabalhador na sua ação cotidiana, reconhecendo esse cuidado como uma prática de autoanálise de concepções e condutas, na busca da percepção de novos sentidos por meio do diálogo no espaço do trabalho de forma a “tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva” (MERHY, 2014, p. 8).

Todos nós fazemos práticas de si expressas no próprio cuidado de si e nas formas de produção da existência. Tais práticas determinam a essência dos encontros entre os corpos, a produção de potência ou impotência em si e no outro, que é o “trabalhador da saúde, que atua na vida cotidiana dos serviços e vive em outros

territórios construídos com seus pares, não habitados pelo gestor, e invisíveis ao olho máquina produtiva, máquina econômica do gestor” (CRUZ, 2016, p. 312).

Assim, para fins de análise da gestão do trabalho em saúde, o conceito de cuidado de si está vinculado ao desenvolvimento de práticas e instrumentos que conduzam o gestor no governo de si e dos outros, em territórios de governo inscritos em linhas de resistência e potências, já que todo trabalhador da saúde é também gestor do seu próprio trabalho e capaz de exercer o cuidado de si e de produzir práticas de poder, no sentido de que

Cuidar de si, no sentido de adquirir potência de autoanálise, dá ao sujeito do trabalho na saúde a condição de operar seus processos de trabalho, por dentro das organizações, na plataforma do instituinte, subvertendo as linhas delimitadoras e abrindo novas linhas de vida (FRANCO; MERHY, 2013, p. 356).

O cuidado de si representa um primeiro despertar, um princípio de movimento e inquietude. Refere-se à atividade de ocupar-se consigo mesmo na direção do autoconhecimento, o que envolve uma atitude de praticar ações e estabelecer relações com o outro. Envolve uma forma de atenção e um desvio do olhar da experiência do outro para a sua própria experiência. Assim, enquanto atividade e atenção, resulta em ação de mudança, transformação e transfiguração (FOUCAULT, 2010). A necessidade de cuidar de si está vinculada ao exercício do poder e representa um requisito para o governo dos outros, a fim de que o governante não exerça uma ação leviana sobre o governado, de forma que “ocupar-se consigo é conhecer-se” (FOUCAULT, 2010, p. 64).

Foucault (2010, p. 118) apresenta o conceito de *stultitia* como um estado contrário ao cuidado de si, sendo o *stultus* aquele que não tem cuidado consigo mesmo, que alberga uma vontade subordinada, que não é livre e sim sujeitada. O “*stultus* está aberto ao mundo exterior na medida em que deixa essas representações de certo modo misturar-se no interior de seu próprio espírito, com suas paixões, seus desejos, sua ambição, seus hábitos de pensamento”, estando a mercê de todas as representações exteriores e que não almeja metas precisas e bem determinadas. O *stultus* reside em sua menoridade, que significa “a incapacidade de se servir do seu entendimento sem a direção de outrem”, mas que não deve ser confundido com um estado de impotência natural, e sim como um comportamento que permite ser direcionado por outro que detém ferramentas austeras (FOUCAULT, 2011, p. 25).

O cuidar de si permite um agir livre e independente dos acontecimentos externos. Pode ser metaforicamente comparado à navegação, de modo que implica um saber e uma técnica que permite conduzir o barco em uma trajetória previamente definida e segura, resistindo aos perigos e riscos que podem comprometer o itinerário. No barco o conhecimento da pilotagem parte de um saber conduzir a si do piloto que garante a segurança dos demais tripulantes. Em resumo, a metáfora da navegação representa para Foucault (2010) a própria arte de governar a si e aos outros, como “um princípio regulador da atividade, de nossa relação com o mundo e com os outros” (FOUCAULT, 2010, p. 486).

A ética política do eu, apresentada pelo autor, se aplica ao governo político como um papel provisório cumprido por um ocupante de um cargo formal de gestão, e não como uma identidade social, a partir do reconhecimento de que a única possibilidade de comando se resume ao controle de si mesmo, reconhecendo os diferentes papéis e protagonismos e lutando contra as sujeições e dominações. As práticas de si são relacionais, transversais e exercem um efeito benéfico ao outro: “libertar-se dos medos, da arrogância, do abuso do poder e, por isso, é, ao mesmo tempo, salvar os outros, não produzindo sobre o outro um governo, uma ação que cerceie ou limite a sua liberdade de ser” (CÉSAR, 2008, p. 63).

Para Foucault (2011, p. 35), em uma atividade política os indivíduos se posicionam como sujeitos que fazem uso de seus saberes e entendimentos, como “peças de uma máquina”, que assumem uma função em um dado lugar, no qual outras “peças” estão operando ao mesmo tempo, o que configura um uso privado. O sujeito universal, ao contrário, faz uso de seu entendimento em um território universal, com possibilidade de se posicionar sem nenhuma relação de obediência e autoridade.

Modos de fazer a gestão como a possibilidade de tomada de decisão coletiva, com base na constatação de que qualquer processo de mudança de práticas não se processa pelos projetos individuais e sim em espaços de valorização do coletivo em momentos de negociação dialógica, representam a cogestão enquanto o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde (COELHO, 2015).

Campos (2007b), ao propor a gestão colegiada de equipes de saúde, salienta que a grande utopia ou quimera seria a produção de equipes com capacidade de reorientar os saberes estruturados sem estarem aprisionadas em instâncias funcionalistas, em processos permanentes de negociação e liberdade de governo de seus atos, de forma a constituir um trabalho interdisciplinar entre sujeitos livres e compromissados, com as reais necessidades de saúde apresentadas pelos usuários dos serviços. Assim, novos sentidos para as práticas devem ser conduzidos em momentos dialógicos de pactuação entre os trabalhadores, usuários e gestores formais da organização. Nesse processo, “a composição da equipe deve considerar a necessidade de compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, por meio de relações horizontais” com democratização e solidariedade nas relações de trabalho (GUIZARDI; CALVALCANTI, 2010, p. 1249).

Para Coêlho (2015, p. 53) “a cogestão experimentada na atenção básica, além da necessidade de encontros coletivos, fundou-se na construção dos dispositivos e concretização da clínica compartilhada”, que pode ser compreendida como uma maneira de organizar os processos de trabalho com atuação abrangente e ampliada nos determinantes do processo saúde-doença, com a elaboração de projetos terapêuticos singulares. A cogestão apresenta-se como um modo de governar que “envolve o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde” (COELHO, 2015, p. 82).

Cruz (2016, p. 141), ao cartografar a sua experiência como gestora formal de uma organização de saúde, alerta para a simulação de atos democráticos por parte da gestão formal, visto que, mesmo havendo uma boa interação entre gestores e trabalhadores, predomina o projeto e a intencionalidade do governante que busca a aproximação para capturar o trabalhador em seu cotidiano. Para a autora, o gestor, além de buscar o amortecimento do gesto criador da equipe, não dispõe de tempo para parar e ouvir, já que a unidade tempo representa um recurso escasso. Assim, apesar da busca da construção de espaços decisórios democráticos, existe um centralismo político que reconhece o trabalhador como um “outro” que deseja e tem autogoverno sobre os seus atos e “[...] isso era o insuportável para o delírio da ‘a gestão’, ou seja, de controlar a dimensão incontrolável do agir do outro” (CRUZ, 2016, p. 141).

A proposição de novos modelos de gestão e atenção pautados na participação ativa dos trabalhadores não garante por si só o compartilhamento de decisões e rumos, visto que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores, o que reafirma a prevalência de métodos tradicionais de planejamento, condução do trabalho e tomada de decisão (SANTOS, 2007). Sá e Azevedo (2013, p. 42), ao pensar a gestão pela ótica de um trabalho vivo em ato que se efetua nas entrelinhas das relações entre os agentes, afirmam que “a gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumpririam então, em tese, essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores”. O gestor assumiria a posição de um mediador promovendo a grupalidade com estímulo à autonomia das equipes, por meio da construção de novos sentidos para o trabalho.

É proposto um padrão transversal de comunicação que se processa por meio de uma “dinâmica multivetorializada, na qual se expressam os processos de produção de saúde e subjetividade. Rede que se tece com participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições, voltados para os desafios que emergem nos ambientes laborais”. Esses múltiplos vetores envolvem saberes, relações de poder e políticas públicas (SANTOS; BARROS, 2012, p. 110). O trabalho como espaço de reflexão das práticas se apresenta como um analisador da gestão em saúde e considerar os analisadores “implica em suportar o estranhamento causado pela perda dos contornos e territórios definidos e abrir-se para novas combinações de forças que podem se articular de forma a nos tirar do plano do conhecido, plano das formas instituídas” (SANTOS; BARROS, 2012, p. 115).

O gestor busca induzir comportamentos, capturar o trabalhador para o seu projeto de gestão definido como o melhor, mais apropriado para o serviço. Há a simulação de pactos e adesões, de forma que o gestor acredita estar exercendo processos decisórios coletivos ou mesmo mais apropriados e o trabalhador simula um fazer regido pelo regime de verdade do gestor. No entanto, Cruz (2016, p. 311) aponta que “as forças de atração não ditas, mas sabida por todos, e que são constitutivas e constituidoras deste território, são o fato do gestor ser o detentor da hora trabalhada, e o fato do trabalhador da saúde ser o dono do resultado da hora trabalhada”. O agir governo formal simula a dominação sobre o agir autogoverno. Todos são simétricos na maquinaria governo e gestão, pois todos governam.

Campos (2007b) reconhece a gestão compartilhada como um “dispositivo desalienante” a partir da constatação de que o trabalhador precisa estar envolvido na formulação de práticas que façam sentido para ele. Representa uma vertente do Método Paideia que busca orientar a política e a gestão com o reconhecimento da existência de conflitos de interesse e visões de mundo, com a construção de espaços coletivos para ampliação da capacidade de análise, decisão e ação dos atores (COELHO, 2015).

Franco (2013) afirma que a organização da rede de atenção à saúde no SUS é normatizada, complementando com a evidência de que a própria ESF se ancora em processos de ordenamento normativos, através da lógica de programas e ações padronizadas com horários fixos, o que gera a captura da autonomia operante dos profissionais, que experienciam constrangimentos na produção do cuidado em saúde. Para o autor “estas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar, mas que ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido” (FRANCO, 2013, p. 245).

Sulti *et al.* (2015), ao analisar a gestão formal do trabalho, revela que o modo de gestão operante é o do disciplinamento, através da busca pelo cumprimento de metas e indicadores impelidos ao trabalho das equipes e da “chamadinha”, enquanto exercício prático do poder do gestor, caso o trabalhador não consiga atingir determinado resultado ou expectativa externa.

A gestão disciplinar emerge nos modos de organização do trabalho das equipes por meio do controle e disciplinamento dos trabalhadores. O gestor assume o papel de um eixo fixo regulador de uma espiral ascendente, ao redor da qual vagam os trabalhadores submetidos a linhas de mando verticais, que afirmam sua vulnerabilidade perante o gestor que busca a normatização de práticas para a garantia de um dado projeto político construído pela gestão em seu território macropolítico (ROLNIK, 2006). O poder centralizado no território da gestão formal configura o que Foucault (2011) denomina como panóptico, que se refere a uma organização no âmbito da vigilância na qual alguém ocupa o lugar central na máquina de poder a fim de garantir que ninguém escape aos olhos do governante.

Coêlho (2015, p. 23) afirma que a gestão ainda está ancorada na racionalidade gerencial hegemônica, com base na manutenção da disciplina e do controle dos trabalhadores, por meio da obtenção e cobrança de metas e resultados, “muitas vezes alheios ao processo de produção de saúde”.

A disciplina se exerce sobre os indivíduos, através da busca de uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, assumindo uma funcionalidade centrípeta que isola um espaço para funcionamento pleno dos mecanismos de poder. Age em tempos, gestos, atos, classifica os elementos em função de objetivos determinados por outros e requer o adestramento progressivo (FOUCAULT, 2008). Busca a normalização através da construção de um modelo tido como ideal a ser seguido, com a finalidade de impedir o detalhe ou diferença.

O disciplinamento dos profissionais é referenciado como viável por meio da execução de penalidades, como uma possível destituição do cargo e coerção por parte do gerente e obediência por parte do trabalhador. O que o gestor busca é a amortização do gesto criador e inventivo do trabalho vivo em ato, ou seja, o controle cria a emergência de corpos docilizados e obedientes às normas impostas pelo trabalho prescrito da gestão. Trata-se de uma gestão do trabalho de caráter eminentemente administrativa, pautada em relações de mando e prescrição de diretrizes na organização e produção do trabalho (FRANCO, 2013).

Foucault (2010) afirma que o poder não pode ser capturado apenas no sentido de ideologia e que sua natureza final é ser constituído onde sua intenção está totalmente investida, ou seja, no interior das práticas reais e efetivas e na relação direta com seu campo de aplicação. Na realidade, o poder é um emaranhado de relações inscritas em uma estrutura quase que piramidal e mais ou menos coordenada. É caracterizado como um sistema aberto e forte, no sentido de que exerce efeitos, sejam positivos ou não, no nível do desejo e do saber, o que remete ao fato de que toda relação produzida no espaço micro é inscrita por relações de poder e regimes de produção de verdades que determinam a natureza das relações entre os corpos que estão em permanente luta, delimitando certos territórios de embate.

Fazendo uma analogia ao conceito de poder disciplinar encontramos o exercício do mesmo em diferentes formas no bojo da gestão dos processos de trabalho em saúde inscrito em um espaço no qual todos os atores produzem e exercem micropoderes. A gestão formal conflui entre esses e o poder disciplinar instituído pelas normas de conduta das ações com a finalidade de produzir atos em saúde mais próximos do que é estabelecido pelo trabalho prescrito e pelas metas pactuadas com instâncias muitas vezes distantes do trabalho real.

Trata-se essencialmente de uma gestão do poder disciplinar que objetiva impor atitudes e controlar os gestos, de forma a “[...] estabelecer presenças e as ausências, saber onde e como encontrar indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar” (FOUCAULT, 2013, p. 138).

A gestão do poder soberano está imbuída nos achados de Pires (2012) ao considerar o discurso dos trabalhadores da ESF que confirmam a atuação da gestão como sendo apenas a cobrança de metas e indicadores. Franco (2013) apresenta uma reflexão sobre a ineficácia das estruturas mantenedoras da hierarquia no interior das instituições, como por exemplo o organograma, já que a produção dos atos em saúde se organiza por relações e linhas de fluxos horizontais, mesmos que invisíveis.

Coelho (2015, p. 168), ao analisar um projeto de intervenção e mudança de um modelo de gestão e atenção em Recife, evidencia nas falas dos gestores atitudes autoritárias e um “fazer como camisa de força”, o que sinaliza um desencontro entre o momento político e operacional. O instituído “camisa de força” revela práticas de gestão do trabalho pautadas no controle dos tempos e atos, como verificação da frequência, controle de metas e resultados, com anulação da potência de ser e estar do trabalhador. Para a autora, muitos trabalhadores apresentam dificuldades em assumir uma postura mais autônoma e desvinculada do medo das represálias estabelecidas pela gestão formal.

Na gestão o objetivo é identificar os coletivos e submetê-los ao gestor a fim de “produzir o império a partir do nosso coletivo”. O gestor é destituído dos espaços decisórios e reproduz essa prática degolando o trabalhador em seus interesses e tomadas de decisão (Cruz, 2016, p. 257).

A gestão do poder disciplinar soberano reconhece o trabalhador como um objeto de execução da gestão com uma forte tendência de burocratização das relações no interior das organizações de saúde. Para Campos (2007a, p. 263) o “objeto de trabalho” da gestão não inclui a produção de sujeitos plenos e autônomos em processos de democratização, e sim a tradição de controle dos trabalhadores em contraposição à produção de atores operantes.

O gestor ditador, no exercício do governo do outro, não exerce o cuidado de si enquanto uma atitude, um modo de estar no mundo, estabelecer relações e promover uma reflexão da sua prática e exercício de poder, já que exerce uma autoridade leviana de destituir o outro da sua autonomia e liberdade, diminuindo a sua potência para a ação no cotidiano do trabalho. Para Foucault (2011) somente através do exercício de um poder sobre si será possível regular o poder que se exerce sobre o outro, de forma a não reproduzir práticas de tirania e comando, ou mesmo um governo que destitua o outro da sua liberdade de ser e fazer (FOUCAULT, 2011).

Cruz (2016, p. 282) alerta sobre o aprisionamento do gestor pelo cargo e as atribuições referentes a ele, de forma que

[...] ser gestor e estar na gestão é estar marcado em todo corpo, no sentido de que, seja onde estivermos e independente do que estamos fazendo, seremos sempre gestores, como se as marcas do governo “colassem” no corpo da gente. Imediatamente uma experiência vivida materializou essa “encarnação” da gestão no meu corpo, independente do que estava fazendo ou de onde estava.

A ocupação de um cargo formal de gestão incumbe no trabalhador uma marca ou máscara, uma subjetividade capturada pela lógica macropolítica da instituição, a partir da qual o gestor assume práticas e técnicas de governo prescritas pela mesma, que se constituem como ações legitimadas e imprescindíveis para a produção do cotidiano do trabalho.

O encontro do gestor com o território da gestão em saúde se produz na adoção de uma máscara que o define enquanto gestor, na produção de uma subjetividade comum inerente ao cargo de alta direção, que traz consigo uma atuação serializada e predefinida, por meio de discursos programados, associados a uma intencionalidade momentânea atrelada ao exercício de uma função. São jogos

ilusórios que mascaram as reais expectativas e intencionalidades dos gestores para reafirmar os ideais normativos das organizações de saúde (CRUZ, 2016).

No entanto, o trabalhador tem plena consciência dos processos de captura e por isso cria suas linhas de fuga, resiste à dominação do soberano, em processos de alta produção de potência de vida, que é vista pelo gestor formal como impotência e resistência (CRUZ, 2016). O território da gestão está constituído pela presença do instituído regido por normas, decretos e produção e do instituinte, autopoietico, de produção de modos de vida. O trabalhador produz territórios não habitados pelo gestor, invisíveis aos seus olhos, que são espaços de circulação de desejos e intencionalidades do agente g, em seu trabalho vivo em ato. Assim,

O gestor-estado com suas maquinarias cegas, binárias, segmentárias, sobrecodificantes, não o vê, mas o procura. Quando o vê o codifica como impróprio, como desconforme, a ser normalizado, como o local da impotência do projeto. Onde o outro produz a sua potência, o gestor estado vê impotência, significada como ameaça ao projeto (CRUZ, 2016, p. 312).

O trabalhador faz diferentes usos de si e não apenas a execução de procedimentos e cumprimento de normas. Santos e Barros (2012), ao analisarem as nuances do trabalho em saúde sob o escopo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, alertam sobre a impossibilidade de controle absoluto dos trabalhadores por parte dos gestores, reconhecendo a inoperância da racionalidade administrativa hegemônica que ordena o tempo, restringe os espaços de cogestão e fortalecem mecanismos de comando, docilização e disciplinamentos dos corpos. A democratização dos espaços de decisão seria possível por meio da inclusão de trabalhadores e gestores em todo o processo de desenvolvimento do trabalho e de sua análise, ampliando a autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. A gestão compartilhada estaria ancorada no efeito de analisadores que geram rupturas e catalisam fluxos, como por exemplo os conflitos e enfrentamentos, a fim de evidenciar dispositivos que seriam gatilhos para os processos de mudança das formas de gestão. Assim, “formas democráticas de gestão do trabalho podem produzir, por conseguinte, subjetividades que recusam as sobrecodificações” (SANTOS; BARROS, 2012, p. 112).

Sá e Azevedo (2015, p. 248) apontam o domínio da improvisação ao estudar modalidades gerenciais, por meio do aprisionamento no momento presente e a

impossibilidade de projetar o futuro, ocasionando a falta de ideais. O gestor pauta-se na “luta pela sobrevivência” e os processos de mudança envolvem a temporalidade política, da organização e do gestor, que por vezes não coincidem. Na análise das autoras, a prática da gestão se posiciona entre “vários planos de determinação”, associados aos saberes individuais e coletivos, por meio de processos institucionais e macrossociais.

A gestão do imprevisto foi identificada na categoria analítica planejamento e avaliação, no estudo de Littike (2015), por meio do reconhecimento de práticas de gestão pautadas em decisões imediatas, pontuais e improvisadas que tinham pouca resolutividade no cotidiano do serviço de saúde. Os gestores relataram não desenvolver o planejamento sistemático das ações, o que confere ao trabalho um caráter semântico de improvisação e imediatismo que pode gerar processos de alienação dos diferentes atores (PAIM, 2006). Sulti *et al.* (2015, p. 179) relacionam a gestão do imprevisto ao exercício de ações imediatistas, de tomada de decisão de maneira emergencial em um processo de “apagar incêndio”, no qual o gestor é o responsável pela tomada de decisão valorizando um centralismo decisório.

Para o gestor as amarras da burocratização do trabalho da gestão formal dificultam a construção de espaços de produção do planejamento e avaliação associados ao processo de democratização das relações. O processo de trabalho do gestor sofre uma captura pela lógica do trabalho morto inscrito na máquina governamental, o que culmina na execução de práticas não reflexivas de cumprimento de rotinas, como a assinatura de contratos e convênios, que estão postas no campo da macropolítica e engessam esse trabalhador (CRUZ, 2016). O tempo político inerente ao cargo é tido como um recurso escasso que deve ser otimizado na resolução de situações-problema e gestão de conflitos, em detrimento da escuta e diálogo em processos de cogestão.

O ato de governar é intencional resultados, mas produzir acontecimentos. Intencional envolve um “agir linha”, que ao se estriar demarca e domina um território para a ocorrência de fatos políticos e registros das marcas de governo em um “agir estado”, que envolve a execução de práticas doutrinadas pela gestão formal do trabalho. A produção de acontecimentos envolve o vazamento da política de governo, ou seja, o que gera o inesperado dissociado do que foi definido *a priori* pelo

gestor. Nesse sentido, o agir estado pode estar intimamente relacionado ao planejamento pensado e executado pelo gestor formal, mas a todo o momento estão sendo produzidos acontecimentos que fogem ao que é tido como esperado ou planejado. Assim, o planejamento pode constituir uma ferramenta potente de organização do trabalho no bojo da gestão em processos de negociação coletiva, ou ao contrário, representar apenas uma ação requerida pelo agir estado, que limita, define, engessa e assume uma postura ingênua de controle absoluto de todos os acontecimentos (CRUZ, 2016, p. 326).

No ato de governar “somente podemos recolher de nossos agires seus efeitos a *posteriori*, pois não conseguimos prever o que vai acontecer, somente podemos intencionar”, e a gestão envolve a imprevisibilidade de forma que o gestor não tem certeza do que irá acontecer, do resultado da sua ação (CRUZ, 2016, p. 326). No cotidiano de trabalho, o gestor, mesmo que de uma maneira não sistematizada, propõe ações bem delimitadas, mas não poderá prever o efeito das mesmas, visto que atua em um território de incertezas e habitado por multidões em diferentes processos de subjetivação. Cruz (2016) propõe uma analogia para o trabalho do gestor que representa o ato de “trocar o pneu do carro andando”, no sentido de implantar um modelo de saúde, ao mesmo tempo em que responde às intempéries políticas, dificuldades estruturais e disputas.

O imprevisto é reconhecido como uma resposta aos acontecimentos produzidos pela gestão formal, no sentido de dificultar a organização do trabalho no território da gestão, ao mesmo tempo em que está atrelado à liberdade criativa, que se constitui em um dispositivo potente de produção de vida. A gestão do imprevisto como potência de morte está relacionada ao ato de apagar incêndio, de forma a resolver os problemas que emergem por meio de ações pontuais sem planejamento e reflexão da prática crítica e construtiva, com reforço à hierarquização da autoridade do gestor, por meio de uma gestão do provisório que gera repetição e impotência diante da complexidade da tarefa. Ao contrário, o imprevisto enquanto produção de vida está atrelado às linhas de fuga operadas pelo gestor e pelos trabalhadores, que buscam um agir militante em espaço de engessamento de um agir estado.

Merhy *et al.* (2007), ao apresentar as tecnologias de gestão em ato, apresentam mapas analíticos de atos inusitados, que surgem a todo momento no cotidiano da

gestão e que não podem ser controlados por normas ou protocolos, já que afirmam a imprevisibilidade dos acontecimentos que emergem em meio aos conflitos, cogestão e tensões constitutivas das relações entre os diferentes atores, que dispõem de autogoverno e autonomia para governar a si. Assim, “governar é um agenciamento em constante atualização, um ritornelo”, um trabalho vivo acontecendo em ato no espaço da gestão de si e dos outros, sem nenhum controle (CRUZ, 2016, 265). É importante o reconhecimento do “autogoverno dos trabalhadores de saúde no processo cotidiano de construção dos modos de intervenção no interior dos distintos serviços de saúde” (MEHRY, 2007, p. 171).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A postura do pesquisador na construção deste estudo foi a de um sujeito implicado, em relação de encontro e reconhecimento com o outro, por meio da busca da experiência do “outro em nós e da experiência de nós no outro” (CERQUEIRA *et al.*, 2014, p. 30). A organização de saúde enquanto multiplicidade foi concebida como um território existencial de relações micropolíticas e afetos, sendo que

O revelador para nós, sujeitos pesquisadores, foi perceber os atravessamentos de nossas implicações com o tema da pesquisa. Nós, pesquisadores na dobra do sujeito do epistêmico e implicado. Nós pesquisadores no entre do saber e fazer. A micropolítica do trabalho e cuidado em saúde se dá no espaço desse entre, fazer e saber, nessa dobra (CERQUEIRA *et al.*, 2014, p. 28).

O pesquisador *in-mundo* é aquele territorialmente implicado e situado entre saberes, poderes e afetos, que estabelece relações de pertencimento e tensionamento com o objeto em estudo. Se suja ao ser inundado pelo processo da pesquisa, sendo atravessado pelos encontros, o que tem potência de gerar a descoberta de novos elementos e instaurar a reflexão das práticas de si e dos outros. “O pesquisador não é neutro, pelo contrário, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos” (ABRAHÃO *et al.*, 2014, p. 157).

As formas ditas hegemônicas de construção do saber científico e do fazer ciência apresentam-se como uma “ciência desencantada que não dialoga com outros saberes”, ganhando em rigor e perdendo em riqueza, sendo necessário “ousar na experimentação de outras maneiras de convívio social e produção do conhecimento” (ARAÚJO, 2008, p. 13). Para a autora, novas possibilidades na construção da relação participante/pesquisador são imprescindíveis, no sentido da apreensão e compreensão da história do ator em análise, de forma que, a partir da “procura de categorias globais de inteligibilidade, poderemos construir projetos locais emancipatórios” (ARAÚJO, 2008, p. 14). Assim, a valorização do saber do trabalhador deve emancipar a sua existência social em conexões histórico-sociais.

Desta forma, todo o delineamento deste estudo e as escolhas metodológicas foram realizadas por um pesquisador *in-mundo* e implicado com a realidade em análise,

reconhecendo o potencial do discurso como realidade sócio-histórico-política na constituição de gestores em seus territórios existenciais de produção de práticas de governo de si e dos outros. As práticas discursivas são consideradas saberes que permite o exercício do poder que deve ser lido através de seus territórios de circulação e do potencial de produzir acontecimentos.

“A complexidade das organizações e do trabalho em saúde impõe grandes desafios metodológicos para os processos investigativos”, já que compreender a produção do cuidado em ato é tarefa complexa, “da qual encontramos somente vestígios, a maior parte deles impressos no corpo dos que estiveram em sua produção” (FEUERWERKER, 2011, p. 294). Para Bertussi et al. (2011) é importante olhar para a gestão em saúde como um processo dinâmico e singular, produzido pelos atores que se aliam e se confrontam, por meio da busca das diferenças, disputas, conflitos e consensos.

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa detém-se na análise dos significados, desejos, atitudes e valores, compreendendo o sujeito da pesquisa como um ser em ação que opera a partir de uma realidade e a interpreta com base em suas experiências concretas, o que requer que a exposição dos significados ocorra por parte dos pesquisados. Constitui uma abordagem que permite um trabalho relacional entre pesquisador e o sujeito devido à

Possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor (MINAYO, 2007, p. 64).

Um dos aspectos da pesquisa qualitativa é observar os participantes em seu próprio território, o que gera a confluência entre o observar, juntar-se a eles (observação participante), estabelecer um diálogo e identificar os signos emitidos por eles (POPE; MAYS, 2009). A relação entrevistador e entrevistado constitui uma

oportunidade de aprofundamento da investigação e “a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho” (MINAYO, 2014, p. 21).

5.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado em municípios que compõem o estado do Espírito Santo. O Espírito Santo, situado na região Sudeste, perfaz um território de 46.077,5 Km². Segundo dados do Censo 2010 do IBGE (2011), a população do estado é de 3.512.672 habitantes. A Região Metropolitana de Vitória compreende os municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, concentrando 47,96% da população do estado e 57% da população urbana. No estado, a Atenção Básica (AB) é organizada prioritariamente a partir da ESF (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Para realização da amostra foi realizado um sorteio aleatório dos 78 municípios do estado do ES, considerando estratos por tamanho da população (menor e maior que 50.000 habitantes) e também as doze Microrregiões de Saúde no período de definição da amostra (Metropolitana, MetrÓpole Expandida Sul, PÓlo Linhares, Sudoeste Serrana, Central Serrana, Litoral Norte, Extremo Norte, PÓlo Colatina, Noroeste 1, Noroeste 2, PÓlo Cachoeiro, CaparaÓ). Foram sorteados três municípios por microrregião de saúde, totalizando 36 municípios, e para a garantia de sete municípios com mais de 50000 habitantes, foi necessária a seleção de mais três municípios. Ao todo foram sorteados 39 municípios, que representam 50% dos municípios do estado, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Municípios do estado do ES selecionados para a pesquisa.

Município	Microrregião	< 50 mil	> 50 mil
SERRA	Metropolitana		x
VILA VELHA	Metropolitana		x
VITÓRIA	Metropolitana		x
IBIRAÇU	Pólo Linhares	x	
LINHARES	Pólo Linhares		x
RIO BANANAL	Pólo Linhares	x	
SOORETAMA	Pólo Linhares	x	
ALFREDO CHAVES	Metrópole Expandida Sul	x	
ANCHIETA	Metrópole Expandida Sul	x	
ITAPEMIRIM	Metrópole Expandida Sul	x	
BREJETUBA	Sudoeste Serrana	x	
DOMINGOS MARTINS	Sudoeste Serrana	x	
MARECHAL FLORIANO	Sudoeste Serrana	x	
ITAGUAÇU	Central Serrana	x	
SANTA TERESA	Central Serrana	x	
SÃO ROQUE DO CANAÃ	Central Serrana	x	
CONCEIÇÃO DA BARRA	Litoral Norte	x	
PEDRO CANÁRIO	Litoral Norte	x	
SÃO MATEUS	Litoral Norte		x
MONTANHA	Extremo Norte	x	
MUCURICI	Extremo Norte	x	
PONTO BELO	Extremo Norte	x	
BAIXO GUANDU	Pólo Colatina	x	
COLATINA	Pólo Colatina		x
GOVERNADOR LINDENBERG	Pólo Colatina	x	
MARILÂNDIA	Pólo Colatina	x	
ÁGUA DOCE DO NORTE	Noroeste 1	x	
BARRA DE SÃO FRANCISCO	Noroeste 1	x	
ECOPORANGA	Noroeste 1	x	
NOVA VENÉCIA	Noroeste 2	x	
SÃO GABRIEL DA PALHA	Noroeste 2	x	
VILA VALÉRIO	Noroeste 2	x	
APIACÁ	Pólo Cachoeiro	x	
CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	Pólo Cachoeiro		x
CASTELO	Pólo Cachoeiro	x	
MIMOSO DO SUL	Pólo Cachoeiro	x	
DIVINO DE SÃO LOURENÇO	Caparaó	x	
IÚNA	Caparaó	x	
MUNIZ FREIRE	Caparaó	x	

Fonte: Espírito Santo (2008).

Em virtude de aspectos referentes ao acesso geográfico aos municípios e à concessão de autorização para a realização do estudo, foi verificada uma perda de três municípios, o que representa 7,7% do total da amostra, ou seja, menos de 10% da amostra total.

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para o alcance dos objetivos deste estudo, foram considerados gestores: secretário municipal de Saúde; coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família e coordenador municipal da Atenção Primária à Saúde, que foram funções representativas em todos os municípios.

Nesse estudo foram realizadas 72 entrevistas (APÊNDICE C) com os gestores de saúde dos municípios do ES, que foram referidos pela letra G, em grafia maiúscula, seguida por números arábicos que correspondem à ordem de transcrição das entrevistas.

5.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada, entre janeiro de 2014 a janeiro de 2015, mediante entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B), que permitiu uma comunicação eficaz através da entrevista e facilitou o início, a ampliação e a imersão no processo de comunicação (MINAYO, 2014). Foi utilizado como método complementar de coleta a observação participante, que foi realizada durante as aproximações com os cenários de coleta dos dados, no período de um ano, com registro das observações do pesquisador em um diário de campo que serviu de subsídio para a análise dos dados. Os relatos

regulares condensaram informações objetivas e percepções do pesquisador no encontro com o campo de pesquisa.

Na pesquisa qualitativa o pesquisador utiliza a conversação, através das entrevistas, para coletar dados sobre as experiências das pessoas e suas diferentes interpretações sobre o assunto em análise. Representa o momento no qual é possível ir além do roteiro de entrevista e revela novas ideias ou concepções não previstas, sendo necessária habilidade por parte do entrevistador na apreensão do visível e não visível (POPE; MAYS, 2009).

Michel (2009, p. 37) afirma que nessa abordagem de pesquisa “o pesquisador participa, compreende e interpreta”.

A entrevista semiestruturada tem uma estrutura flexível, sendo constituída por questionamentos abertos que permitem ao pesquisador redirecionar as questões emitidas de acordo com a sua intencionalidade ou pelo desejo do participante, considerando que “boas perguntas, nas entrevistas qualitativas, devem ser abertas, neutras, sensíveis e claras para os entrevistados” (POPE; MAYS, 2009, p. 26).

Para a validação do roteiro de entrevista, foi realizado um pré-teste com os gestores responsáveis pela gestão dos trabalhadores da ESF dos municípios não sorteados para fazer parte desta pesquisa.

A observação participante consiste no posicionamento do pesquisador como observador da realidade social do sujeito da pesquisa com o objetivo de coletar dados e compreender o cenário do estudo (MINAYO, 2007). As observações são registradas em um diário de campo que auxilia a análise dos dados.

O pesquisador observa os sujeitos e os eventos, identificando os comportamentos cotidianos; “assim, a observação é particularmente adequada para estudar como as organizações funcionam, os papéis desempenhados por diferentes equipes e a interação entre equipes e usuários” (POPE; MAYS, 2009, p. 45).

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise do discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso, que é unificado através de um texto para fins de análise (MINAYO, 2014). A análise proposta é compatível com a produção da cartografia, desde que não produza um engessamento dos dados ou perda da possibilidade de transformação do processo produtivo investigado (PASSOS *et al*, 2012, p. 73).

Uma das características deste tipo de análise é a preocupação com a “orientação da ação”, ou a orientação da função do discurso, que aqui é visto como uma prática social. A linguagem é tida como uma prática em si mesma com base em um contexto interpretativo, no qual os indivíduos estão inseridos e sobre o qual constroem diferentes discursos (BAUER; GASKELL, 2003). A implicação do pesquisador é essencial durante a atividade de investigação, sendo um coconstrutor dos sentidos produzidos, reconhecendo o interesse no campo de saberes constituídos da descrição das “vozes que ressoam, atravessam e abalam a ilusão de unidades que se apresenta nos enunciados, denunciando as falácias de uma ótica que priorize o ideal cartesiano de um sujeito da razão” (ROCHA; DEUSDARÀ, 2005, p. 317).

O objetivo da análise do discurso se funda na busca da relação social de poder no bojo do plano discursivo, sendo o pesquisador um agente participante que modifica a realidade social, buscando a materialidade do discurso na procura por olhares diversos sobre o real (ROCHA; DEUSDARÀ, 2005).

Como uma primeira exigência metodológica, temos a transcrição dos dados das entrevistas que deve ser feita de forma detalhada, não sintetizando a fala, ou corrigindo-a. Devem-se registrar os dados de forma fidedigna, conservando a riqueza dos relatos, com base na ideia de que “muitas vezes, algumas das instituições analíticas mais iluminadoras aparecem durante a transcrição, porque é necessário um engajamento profundo com o material para produzir uma boa transcrição” (BAUER; GASKELL, 2003, p. 252).

Após a transcrição das entrevistas, temos a evocação de um espírito da leitura cética, no qual devemos questionar nossos próprios pressupostos e a maneira como damos sentido às coisas na construção de uma mentalidade analítica. Assim, é possível realizar uma codificação dos dados, organizando as categorias de interesse, o que permite o começo da análise como tal.

A hegemonia é sustentada pelo discurso. Daí não é difícil chegar à conclusão de que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, é o poder do qual nos queremos apoderar”. Para Foucault (2010, p. 10), tomar a palavra jamais representa um gesto ingênuo, pois sempre está ligado a relações de poder.

A partir dos conceitos presentes na produção teórica de Michel Foucault (2010; 2011), é possível perceber a articulação entre o discurso constituído como um saber-poder, acerca do trabalho, bem como de sua expropriação, e os efeitos normativos engendrados por esse discurso que é tido como o “palco no qual os embates são encenados” (ROCHA; DEUSDARÀ, 2005, p. 317).

Para este estudo, os resultados e a discussão dos dados foram organizados em categorias analíticas empíricas, a fim de facilitar a análise e a observância das nuances do objeto em estudo.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado com base na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, e todos os procedimentos éticos foram rigorosamente respeitados. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), sendo aprovado com o número de parecer: 363867 de 28/08/2013 (ANEXO A).

Foi solicitada ao gestor municipal de saúde uma autorização para a realização da pesquisa no âmbito municipal. Além disso, cada sujeito do estudo foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa e manifestou a anuência da sua participação, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS GESTORES

Conhecer o perfil dos trabalhadores permite desvendar as formas de inserção no cargo, a formação, desenvolvimento profissional e a participação política e social (MACHADO *et al.*; 2015).

Na Tabela 1 apresentamos as características sociodemográficas dos gestores que atuam nos municípios em estudo. São predominantemente do sexo feminino (66,67%), com idade média de 38,8 anos e nível de escolaridade compatível com ensino superior completo (95,83%). Três dos 72 gestores entrevistados apresentam o ensino médio completo como o maior nível de escolaridade.

Fleury (2014), em um estudo sobre o impacto da descentralização no perfil dos gestores municipais, relata dados que indicam a expansão da ocupação de mulheres nos cargos de liderança, com predomínio dessa população no seu universo de pesquisa, o que complementa os dados de gênero encontrados neste estudo. Aponta também a presença de gestores jovens na faixa etária de até 40 anos, o que demonstra motivação dos jovens para os cargos de liderança com desafios diversos.

TABELA 1- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/BRASIL, 2015.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Feminino	48 (66,67)
Masculino	24 (33,33)
Idade	
25-33	28 (38,9)
34-42	17 (23,61)
43-51	16 (22,22)
52-60	08 (11,11)
>60	1 (1,39)
Ignorado	2 (2,77)
Nível de Escolaridade	
Médio – completo	03 (4,17)
Superior – completo	69 (95,83)

N total: 72

A Tabela 2 descreve o perfil profissional dos gestores, sendo a maioria ocupante do cargo de secretário municipal de Saúde (45,83%), seguidos por coordenadores municipais da APS (40,28%) e coordenadores municipais da ESF (13,89%), com 65,28% atuantes no cargo com tempo de duração entre 1 a 6 anos, seguidos pelos gestores atuantes há menos de um ano (29,17%).

Fleury (2014) afirma que o processo de descentralização instituído pela legislação do SUS fortaleceu o papel dos gestores municipais de saúde, com a transferência de recursos e responsabilidades. Para a autora, os secretários municipais de saúde “são atores políticos importantes na definição dos rumos da política de saúde no país” (FLEURY, 2014, p. 201).

Mais de 50% dos gestores detêm uma faixa salarial dentro do intervalo de 3 a 5 salários mínimos e ingressaram no cargo por indicação política (87,5%), o que confere aos mesmos um vínculo de trabalho do tipo cargo comissionado (80,56%). Os dados referentes à faixa salarial dos gestores condizem com os resultados do estudo de Fleury (2014), já que uma parte significativa dos entrevistados relata que o seu salário situa-se na faixa de R\$ 2000,00 a R\$ 3000,00, o que para a referida autora não representa ganho financeiro significativo, sugerindo que o exercício do cargo não está relacionado apenas aos atrativos financeiros.

TABELA 2- PERFIL PROFISSIONAL DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/BRASIL, 2015.

Variáveis	N (%)
Cargo Atual	
Secretário(a) municipal de Saúde	33 (45,83)
Coordenador(a) municipal da Atenção Primária à Saúde	29 (40,28)
Coordenador(a) municipal da Estratégia Saúde da Família	10 (13,89)
Tempo de atuação no cargo atual	
<1 ano	21 (29,17)
1-6 anos	47 (65,28)
7-12 anos	3 (4,17)
13-20 anos	1 (1,38)
Faixa salarial (em salário mínimo) do cargo atual	
1-2	7 (9,72)
3-5	39 (54,17)
>5	26 (36,11)
Formas de ingresso no cargo atual	
Análise de currículo	8 (11,11)
Indicação política	63 (87,5)
Processo seletivo	1 (1,39)

(Continua)

TABELA 2- PERFIL PROFISSIONAL DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO/BRASIL, 2015.

(Continuação)

Tipo de vínculo empregatício no cargo atual	
Cargo comissionado	58 (80,56)
Estatutário com funções de confiança	14 (19,44)
Áreas de conhecimento da formação profissional superior	
Ciências da Saúde (odontologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia e psicologia)	48 (66,67)
Ciências Sociais Aplicadas (administração, direito, serviço social e economia)	19 (26,39)
Ciências Humanas (pedagogia)	1 (1,39)
Linguística, Letras e Artes (letras)	1 (1,39)
Período de conclusão do curso de graduação em nível superior	
<10 anos	31 (43,05)
10-20 anos	20 (27,79)
>20 anos	14 (19,44)
Ignorado	7 (9,72)
Curso de pós-graduação completo	
Sim	60 (83,33)
Não	12 (16,67)
Área do curso de pós-graduação completo	
Gestão em Saúde	15 (20,83)
Atenção Primária à Saúde	30 (41,67)
Enfermagem	7 (9,72)
Saúde da Família	6 (8,34)
Educação	2 (2,77)
Experiência anterior na Estratégia Saúde da Família	
Sim	43 (59,72)
Não	29 (40,28)
Experiência anterior na área de gestão em saúde	
Sim	47 (65,28)
Não	25 (34,72)
Realizou algum curso sobre o tema Estratégia Saúde da Família	
Sim	48 (66,67)
Não	24 (33,33)
Realizou algum curso sobre o tema gestão em saúde	
Sim	35 (48,61)
Não	37 (51,39)
Realizou algum curso de capacitação para o cargo atual	
Sim	32 (44,44)
Não	40 (55,56)

N total: 72

A indicação política para o ingresso no cargo revela um regime de regulação política clientelística, no qual as forças políticas municipais intervêm na contratação de gestores formais e trabalhadores e no processo de tomada de decisão. Ao ser

convidado para ocupar um cargo de gestão o trabalhador assume um compromisso com a liderança política à qual ele está afiliado, de forma que sua capacidade de governo é determinada pelo desejo e poder de prefeitos e vereadores (CECÍLIO *et al.*, 2014). A manutenção no cargo está atrelada ao acordo informal firmado entre o gestor e quem o indicou. Neste estudo, a indicação para o cargo também esteve atrelada ao reconhecimento pelo potencial de trabalho e ao desempenho em cargos progressos no município, como segue:

Eu convenci o prefeito, eu já fui gestora anteriormente na gestão dele há treze anos atrás, fui enfermeira do município e aí ele me convidou para assumir o cargo (G13).

Eu comecei não foi o cargo de gestão inicialmente e depois de três meses de trabalho eu fui convidada para o cargo. Então foi mais a questão de a pessoa que estava precisou sair, e aí como eu já tinha demonstrado algumas qualidades inerentes ao cargo e já tinha trabalhado em outro município com o cargo eu fui convidada para estar nesse cargo (G31).

A formação profissional superior predominante refere-se a cursos de graduação na área de Ciências da Saúde (66,67%), com destaque para 42 gestores, dos 48 com formação na área, com curso superior em enfermagem. A área de Ciências Sociais Aplicadas representa 26,39% da formação, com destaque para o curso de administração de empresas (47%). O tempo de conclusão do curso de ensino superior predominante é inferior a 10 anos, o que caracteriza graduados recentes ocupando cargos de gestão nos municípios, inclusive como sendo a primeira inserção no mercado de trabalho.

Possuem especialização e/ou residência completa (83,3%) com predomínio da especialização em APS (41,67%). 59,72% têm experiência anterior de trabalho em ESF e 65,28% já exerceram algum cargo de gestão na saúde, o que representa um requisito importante para o acesso ao cargo, segundo Fleury (2014).

Quanto à formação profissional complementar dos gestores observou-se que 66,67% havia realizado algum curso sobre saúde da família e 51,39% não possuíam formação em gestão em saúde. No que se refere à variável ter realizado algum curso de capacitação para o cargo percebe-se que 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida. 32 gestores relatam que participaram de cursos específicos para o cargo, oferecidos pela esfera estadual

(29,17%), no formato de oficinas: do plano diretor da Atenção Primária e de gestão e financiamento do SUS.

6.2 ARTIGO 1 - A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES)POTENCIALIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE

LABOUR MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY:

(NON-)POTENTIALITIES IN THE EVERYDAY WORK OF HEALTHCARE

RESUMO

Este artigo discute os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, a partir do discurso dos gestores formais, ocupantes de cargos de autodireção na gestão municipal da saúde. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 72 gestores, por meio de entrevista semiestruturada com base em um roteiro guia, em 36 municípios. A análise dos dados foi fundamentada no método de análise do discurso. Os resultados apontam limites à constituição da gestão do trabalho nos municípios, com destaque para a interferência política, baixa provisão de profissionais médicos, inoperância das redes de atenção à saúde e o controle financeiro e orçamentário no bojo da macropolítica. Dentre as potencialidades, são citados o vínculo trabalhador-usuário, a gestão compartilhada, o controle de metas e resultados e o Programa Mais Médicos. Nesse sentido, o maior desafio na ativação da potência para a ação do trabalhador consiste na inovação por meio de novos modos de produzir a gestão do trabalho, com base na cogestão com espaços dialógicos de tomada de decisão que tenham a potência de disparar novas formas de vida no gestor e no trabalhador, através da democratização da tomada de decisão.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do Trabalho. Saúde da Família. Trabalhadores. Gestor de Saúde.

ABSTRACT

This article discusses the limits and potetialities in the management of labor in the Family Healthcare Strategy, starting on the discourse for the formal managers, officers in self-direction positions at the Municipal Healthcare Management. This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Seventy two managers, in 36 Municipalities, were interviewed using a semi-structured survey based on a guiding script. The data analysis was founded on the Discourse Analysis Method. The results pointed to the limits of the constitution of labor management in the municipalities, highlighting political interference, low provision of medical professionals, healthcare attention grids that are inoperative, and the financial and budgetary control in the center of macropolitics. Out of the potentialities mentioned, the bond between worker and client, the shared-management, the control of goals and results, and the More Physicians (Mais Médicos) Program were highlighted. In this sense, the greatest challenge in the activation of power to the worker's action is innovation through new ways of producing the management of the work, based on co-management with dialogical spaces of decision-making that have the power to trigger new forms of life in the manager and the employee, through the democratization of decision-making.

KEYWORDS: Labor Management. Family Health. Workers. Healthcare Management.

INTRODUÇÃO

Um modelo de atenção à saúde deve ter seu foco no conteúdo do sistema de saúde, representado pelas práticas e não, apenas, no continente enquanto infraestrutura, gestão e financiamento. Essa designação refere-se essencialmente às formas de organização dos serviços, com base em tecnologias estruturadas para a resolução de problemas e atendimento das necessidades de saúde. Paim (2012), ao apresentar os diferentes modelos tecnoassistenciais vivenciados no país, destaca: o médico hegemônico com medicalização dos problemas e privilégio da dualidade saúde/doença; o Programa Saúde da Família (PSF), com intervenção focada em pobres e excluídos; tecnologia da programação em saúde; ações territorializadas;

prevenção de riscos e agravos; e a Estratégia Saúde da Família (ESF), com interface entre as combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância à saúde e reorganização dos processos de trabalho.

O PSF surge, em 1994, como um modelo de atenção à saúde de caráter verticalizado e prescritivo, no contexto da Atenção Primária Seletiva, constituída por programas focalizados e diretivos, com uma cesta restrita de serviços direcionados às populações pobres e vulneráveis. Essa concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) difere daquela proposta na Conferência de Alma Ata, em 1978, que tinha o propósito de instituir uma atenção abrangente ou integral, a partir da necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, com caráter universal. Giovanella e Mendonça (2012) associam o surgimento da APS seletiva ao contexto mundial adverso de baixo crescimento econômico, considerando a perspectiva de redução de custos das agências internacionais de financiamento, como, por exemplo, o Banco Mundial. A proposição da lógica de contenção dos gastos foi designar um pacote de intervenções de baixo custo para combater as doenças em países em desenvolvimento.

No Brasil, os esforços para a superação dessa herança da APS seletiva tiveram como proposta a mudança do termo APS por Atenção Básica, enquanto um nível de atenção do SUS, essencial, fundamental e primordial, diferencia-se do conceito seletivo restrito de primitivo e simples. Assim, o PSF enquanto programa vertical e restrito da APS seletiva experiencia uma reformulação para um modelo de atenção da APS integral, admitindo o caráter de uma estratégia de substituição do modelo de atenção à saúde, com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em processo de municipalização, integralidade do cuidado, participação da comunidade e reorganização das práticas de trabalho (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Em 1997, o MS atribui à Saúde da Família o escopo de estratégia para a reorientação do modelo assistencial, com um enfoque na proposta de ação no contexto da atenção básica e como porta de entrada do sistema (BRASIL, 1997).

Franco e Merhy (2003) referem que a matriz teórica do PSF está circunscrita ao campo da vigilância em saúde de territórios, centrando o processo de trabalho às normas e prescrições de caráter higienista, constituindo uma linha paralela ao modelo médico hegemônico. Para os autores, para além da proposição de uma

conceituação de estratégia, o PSF cometeu um “erro de saída”, aliado a herança de uma proposta da APS seletiva e desvinculada da potência de transformação que se refere à reestruturação dos processos de trabalho em saúde. A despotencialização da proposta como um novo modelo assistencial está contida na ênfase da mudança de estrutura, sem que haja ressignificações concisas nos microprocessos do trabalho em saúde.

Gil (2006) reconhece o crescimento da ESF no Brasil, mas ressalta que ela apresenta desafios para sua viabilização, enquanto estratégia estruturante de sistemas municipais, no que se refere às práticas profissionais que deveriam estar centradas no vínculo, responsabilização, integralidade e trabalho em equipe e a gestão burocratizada do sistema, com normatizações, lógica quantitativa de produção de procedimentos, baixa capacidade de inovação gerencial e desarticulação com os demais pontos de atenção da rede de serviços.

Nesse cenário, os trabalhadores da saúde constituem um dos desafios à implementação dos modelos de atenção à saúde no âmbito do SUS, especialmente na atenção básica, especificamente na ESF, visto que a reorientação dos modelos vigentes será possível a partir da organização das práticas em saúde no espaço da micropolítica. Fortuna (2002, p. 273) aponta que os trabalhadores da saúde são o alvo das discussões de inovações no SUS no que se refere à organização do trabalho. Propõe um distanciamento do termo “recursos humanos em saúde”, proposto por alguns autores e políticas ministeriais, reconhecendo que o trabalhador é um “sujeito social em processo de relação” e não pode ser equiparado a um mero recurso da instituição, em semelhança a recursos materiais e físicos.

A gestão do trabalho pode ser compreendida apenas sob o formato administrativo, pautado em situações de mando e no controle prescritivo da organização dos processos de trabalho, no campo da macropolítica, mas também ser uma ação cotidiana do trabalhador, no espaço da micropolítica, a partir do reconhecimento de que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio trabalho, exercendo graus de liberdade na organização e execução de suas práticas.

O território da gestão do trabalho é constituído pela imanência entre a macro e a micropolítica, de forma que alguns trabalhadores ocupam cargos de autodireção do

governo municipal e estão situados em um espaço de produção de um poder que tangencia o saber-fazer de outros atores em ação (FRANCO, 2013).

Um dos grandes desafios à gestão do trabalho em saúde é conduzir a “potência andante” enquanto estímulo à liberdade de ação e criação de cada trabalhador, no sentido de que o projeto técnico-ético e político a serviço do cuidado deva ser também um projeto do trabalhador operante, constituindo sua subjetividade na proposição de novos dispositivos nos serviços de saúde, em contraposição à serialização de práticas rudimentares. Assim, “é possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo, e possibilitar que o trabalhador produza no outro [...] alta potência vital” (FRANCO, 2013, p. 250).

Desta forma, este estudo tem por objetivo analisar a gestão do trabalho na ESF, através da identificação de potencialidades e limites apontados pelos gestores formais, ou seja, aqueles ocupantes de cargos de autodireção na gestão da ESF a nível municipal. É sabido que esses gestores transitam no espaço da macro e micropolítica e que identificam, a partir do lugar que ocupam, aspectos importantes da gestão do trabalho que são imprescindíveis para a implementação dos modelos de atenção, especialmente a ESF, e que têm a possibilidade de gerar potência ou impotência nos trabalhadores na condução do modelo assistencial proposto.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foi realizado em municípios que compõem o estado do Espírito Santo (ES).

Para a determinação da amostra foi realizado um sorteio aleatório dos municípios, considerando estratos por tamanho da população (menor e maior que 50.000 habitantes) e também pelas doze Microrregiões de Saúde. Foram sorteados três municípios por microrregiões e, além disso, sete municípios com mais de 50.000 habitantes. Ao todo foram selecionados 39, ou seja, 50% dos municípios do estado. Em virtude de aspectos referentes ao acesso geográfico e a concessão de

autorização para a realização deste estudo, foi verificada uma perda de três municípios.

Foram convidados a participarem do estudo os gestores: secretário municipal de saúde; coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família e coordenador da Atenção Primária à Saúde, totalizando 72 participantes que foram referidos pela letra G, em grafia maiúscula, seguida por números arábicos que correspondem à ordem de transcrição das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada, entre janeiro de 2014 a janeiro de 2015, mediante entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado.

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da Análise do Discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso que é unificado através de um texto para fins de análise (MINAYO, 2014).

As etapas de organização e análise dos dados foram: transcrição das entrevistas, que foi realizada de forma detalhada, não sintetizando a fala, ou corrigindo-a; e evocação de um espírito da leitura cética com a codificação dos dados, organizando as categorias de interesse. Para este estudo, os resultados e a discussão dos dados foram organizados em categorias analíticas empíricas, a saber, potencialidades e limites da gestão do trabalho na ESF, a fim de facilitar a análise e a observância das nuances do objeto em estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado com o número de parecer: 363867 de 28/08/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica e profissional dos gestores

São predominantemente do sexo feminino (66,67%), com idade média de 38,8 anos e nível de escolaridade compatível com ensino superior completo (95,83%).

Fleury (2014), em um estudo sobre o impacto da descentralização no perfil dos gestores municipais, relata dados que indicam a expansão da ocupação de mulheres nos cargos de liderança, com predomínio dessa população no seu universo de estudo, o que complementa os dados de gênero encontrados neste estudo. Aponta também a presença de gestores jovens na faixa etária de até 40 anos, o que demonstra motivação dos jovens para os cargos de liderança com desafios diversos.

A maioria ocupa o cargo de secretário municipal de saúde (45,83%), seguidos por coordenadores municipais da Atenção Primária à Saúde (40,28%) e coordenadores municipais da ESF (13,89%), com 65,28% atuantes no cargo com tempo de duração entre 1 a 6 anos, seguidos pelos gestores atuantes há menos de um ano (29,17%).

59,72% têm experiência anterior de trabalho em ESF e 65,28% já exerceram algum cargo de gestão na saúde, o que representa um requisito importante para o acesso ao cargo.

Quanto à formação profissional complementar dos gestores observou-se que 66,67% havia realizado algum curso sobre saúde da família e 51,39% não possuía formação em gestão em saúde. No que se refere à variável ter realizado algum curso de capacitação para o cargo percebe-se que 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida. Trinta e dois gestores relatam que participaram de cursos específicos para o cargo, oferecidos pela esfera estadual (29,17%), no formato de oficinas: do plano diretor da Atenção Primária e de gestão e financiamento do SUS.

Potencialidades da gestão do trabalho

Na identificação dos pontos favoráveis, vislumbrados na gestão do trabalho das equipes da ESF, foram apontados: o vínculo profissional-usuário, a disponibilidade

satisfatória dos insumos e equipamentos, a infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF), a oferta de profissionais para comporem equipes incompletas, o trabalho em equipe, a organização dos processos de trabalho, o Programa Mais Médicos e a gestão compartilhada.

O vínculo foi valorizado como um dispositivo para o sucesso das ações de reorganização e resolutividade do processo de trabalho na ESF.

O vínculo com a comunidade, conhecer a população que eles trabalham pra desenvolver o trabalho de acordo com a realidade que eles têm pra desenvolver o trabalho (G3).

Constitui uma das diretrizes operacionais da ESF, como uma aposta no estabelecimento de um encontro em potencial entre o usuário e o trabalhador, o que constitui o cerne do trabalho em saúde. Franco e Merhy (2003) reconhecem o vínculo como uma ferramenta de trabalho que se situa no campo das tecnologias leves em saúde, promotora de relações e que tem a potência de garantir a face humanitária, imprescindível ao trabalho em saúde. Para os autores, a tríade acolhimento, vínculo e responsabilização, enquanto diretrizes do modelo assistencial, operam principalmente por tecnologias leves produtoras do cuidado e contribuem para uma nova postura dos profissionais na relação com os usuários, permitindo a organização de novos processos coletivos de subjetivação no espaço das equipes de saúde.

Magnago e Pierantoni (2015, p. 14) referenciam o vínculo como um pilar da ESF, já que é promotor de “efetividade das ações assistenciais, facilita a continuidade do acompanhamento terapêutico e favorece a participação ativa do usuário durante o cuidado”. Na verdade, a natureza da relação que é estabelecida entre o trabalhador e o usuário determinará o tipo de vínculo produzido, que pode ser de potência ou de fragilização, já que esse encontro pode estar orientado pela valorização da autonomia e protagonismo dos atores, ou ao contrário, ser de amortecimento da potência para ação dos mesmos, no sentido de que o usuário é objetificado por um processo de trabalho voltado para as práticas biomédicas e centrado nas tecnologias duras, enquanto normas e equipamentos, e leve-duras inscritas nos saberes instituídos.

A estrutura física adequada das unidades de saúde e a provisão eficaz de equipamentos e insumos foram referidas como facilitadores do trabalho de gestão.

Estrutura, infraestrutura, pessoal, pessoal qualificado, pessoal em quantitativo adequado e suporte administrativo das unidades. Nós temos todas as unidades aqui muito bem estruturadas, não temos nenhuma Estratégia de Saúde da Família em casas adaptadas. Todas elas foram construídas para ser Estratégia de Saúde da Família (G6).

Mendonça e colaboradores (2010), ao analisar as dificuldades da gestão do trabalho na ESF, aponta a necessidade de intervenções gerenciais nas USFs, através da promoção de condições de trabalho adequadas às atividades desenvolvidas, por meio da reestruturação das dependências físicas, oferta de insumos em quantidade suficiente e segurança física e ambiental. A autora salienta que a ênfase na adequação dos elementos estruturais dos serviços constitui um componente facilitador do trabalho de gestão em saúde.

G8 relata o engajamento dos gestores municipais na condução e organização do processo de trabalho das equipes da ESF, e aponta como método para o sucesso das intervenções a cobrança de metas, controle da carga horária e dos resultados.

Um dos pontos favoráveis que a gente tem é a intenção que o executivo municipal tem que o PSF dê certo, então ele cobra muito resultado do PSF, tem que funcionar, tem que funcionar, ele cobra carga horária, tem que conversar com o médico, tem que trabalhar, é isso, o prefeito ele cobra demais.

Para o gestor, a inovação dos processos gerenciais é possível mediante o controle do processo de trabalho como um meio para o alcance da sua imagem objetivo, que representa os resultados considerados satisfatórios, especialmente, expresso por dados quantitativos de produção de consultas e procedimentos. Nessa perspectiva, o trabalhador é visto como um mero executor das ações propostas pela gestão centralizada na figura do secretário municipal de saúde e do coordenador da ESF. No entanto, no espaço da micropolítica, enquanto o agir cotidiano dos sujeitos, o trabalho em saúde é altamente potente na produção de criatividade, autonomia e inventividade, configurando uma tensão entre o poder mandatário dos gestores e o autogoverno dos trabalhadores, o que demonstra a impossibilidade de controle absoluto do fazer em saúde pelas amarras da gestão formal do trabalho.

A gestão por resultados, garantida mediante estratégias de disciplina e controle, é priorizada como uma forma de organização dos diferentes trabalhos e representa o trabalho prescrito por normas, saberes e poderes instituídos no bojo da organização que pode ser designado também como trabalho morto, instituído por meio de tecnologias de trabalho duras, como equipamentos e normalizações organizacionais, e leve-duras, por meio de saberes bem estruturados, que buscam aprisionar o trabalho vivo do trabalhador. Este tem uma potência criadora, pode ser inventivo; e está em ação (MERHY, 2014).

Existe uma constante tensão entre a autonomia e o controle no mundo das organizações de saúde, que é considerado um território tensional em si, já que opera com alto grau de incerteza, marcado pelas subjetividades dos atores em cena, sendo um “espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional” (MERHY, 1999, p. 309).

Cecílio (Barros, 2007), alerta sobre a constituição de uma gestão pautada em princípios funcionalistas, que, aliados a uma ideia de gestor moralmente comprometido com a construção do SUS, produzem o gestor funcional/moral, que em sua essência reconhece o trabalhador apenas pelas funções que executa no serviço, agindo de forma a expropriá-lo do seu trabalho vivo através de uma racionalidade única nos modos de organizar o cuidado e a gestão em saúde.

O Programa Mais Médicos é referido como um fator positivo na oferta de profissionais médicos para a ESF e na organização do trabalho com melhorias no acesso da população à consulta médica e na qualidade do atendimento das necessidades de saúde.

Eu vejo que os profissionais que estão chegando, hoje a gente tem 19 cubanos, isso mudou bastante o perfil também do atendimento [...], com os profissionais de Cuba a gente tem visto que não existe essa questão do atendimento, eles atendem até o último paciente que encontram na unidade. (G57)

[...] o Mais Médicos tá fazendo diferença para o Brasil, porque o Mais Médicos faz um diagnóstico diferente, diferente do médico brasileiro, que geralmente pergunta o que a pessoa tá sentindo sem olhar pra paciente eles fazem a receita, isso eu acho dificuldade porque não fica um diagnóstico [...] o médico cubano tem paciência de anotar, uma consulta de 20, 30 minutos (G20).

O Programa Mais Médicos, criado por força da Lei 12.871/2013, está alicerçado nos objetivos de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços na atenção básica em saúde no país, e aprimorar a formação médica no país (BRASIL, 2013). Para os gestores, em estudo, além da provisão de médicos para atuarem na ESF, o referido Programa representa a emergência de uma clínica ampliada sob um formato de mudança do objeto e do objetivo do cuidado na relação médico e usuário, sendo o último reconhecido como cidadão pleno detentor de autonomia e agente no encontro com o trabalhador da saúde. O médico cubano, por exemplo, surge como um ator que concede ao usuário espaços de escuta e responsabilização, em uma relação de interesse para além do componente orgânico sintetizado na instância doença (CAMPOS, 2007).

Collar e colaboradores (2015) afirmam que o Programa foi desenvolvido a partir da concepção de que a falta de profissionais médicos e o acesso e qualidade na Atenção Básica são requisitos importantes para os avanços no SUS. Fundamenta-se na equidade no acesso à cobertura de saúde de forma qualificada e no estímulo à valorização dos diferentes atores: gestores, usuários e trabalhadores. Na concepção dos gestores, a provisão de profissionais médicos na ESF seria um fator imprescindível para a organização das redes de atenção à saúde e legitimação da proposta do modelo de atenção à saúde, com valorização do quantitativo de atendimentos e promoção de um atendimento mais qualificado, compreendendo a baixa capacidade resolutiva da atenção básica como associada à carência de profissionais médicos.

O trabalho em equipe, na visão do gestor, possibilita a pactuação de compromissos e permite aos trabalhadores espaços de reflexão e de atuação em consonância com a gestão rumo à consolidação da ESF no município. G38 reconhece que os trabalhadores são gestores também da ESF, conduzindo e reinventando seus processos de trabalho, e os espaços coletivos são valorizados na condução do trabalho e na proposição de tarefas.

Sem equipe não há trabalho. Então, trabalhar em equipe para mim é o principal. Nós iniciamos reuniões de gestão, onde combinamos todas as coordenações aqui para apresentar para eles qual o momento de trabalho. Então é nisso que estamos trabalhando (G38).

O reconhecimento pelo gestor de que “sem equipe não há trabalho” remete à constatação de que todo trabalho em saúde é um trabalho em rede, formada por fluxos e conexões estabelecidas entre os trabalhadores, destes com os usuários e de todos com os serviços de saúde. As microrredes, mesmo que implícitas, vão sendo tecidas pelo cruzamento de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades, de forma harmoniosa ou não. “É como se não existisse uma autossuficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória” na execução de um projeto terapêutico centrado nas necessidades de saúde dos usuários (FRANCO, 2006, p. 466). O trabalhador transita por territórios construídos por multiplicidades de agires e atores, de forma que a gestão dessas microrredes, que constituem o trabalho em saúde, é feita pelos seus protagonistas, com alto caráter autogestionário, o que entra em contradição com o discurso de G38, que aponta a determinação do momento de trabalho das equipes como uma atribuição da gestão formal do trabalho e não dos trabalhadores nos cenários reais de práticas.

O trabalho em rede, nesse contexto, pode representar o compartilhamento de atos e saberes como possibilidade de encontro de potência entre os trabalhadores, ou, ao contrário, ser uma rede modelar, que reproduz sistemas normativos de serialização das práticas, ignorando as singularidades expressas no campo da micropolítica.

G69 refere como ponto favorável para a inovação das práticas de gestão do trabalho, a ideia da gestão compartilhada com tomada de decisão coletiva que faça sentido para o trabalhador operante.

Assim, o ponto mais favorável é essa gestão compartilhada. Porque assim, é... não se toma decisões de cima pra baixo e que as pessoas tem que ir, simplesmente cumprir, né? E assim, todas as decisões são discutidas, são compartilhadas, então eu acho isso muito bom pra que o trabalho se desenvolva, diferente de lá na ponta alguém receber uma ordem e fazer uma tarefa ou ele participar de uma decisão e saber que ele vai fazer (G69).

O gestor reconhece a decisão compartilhada como importante para a gestão do trabalho a partir da constatação de que o trabalhador precisa estar envolvido na formulação de práticas que façam sentido para ele. O espaço da escuta e da fala compartilhados no cotidiano dos serviços de saúde representa a possibilidade de compartilhamento de olhares e dizeres que podem ter a potência de propor

mudanças de práticas, que tenham impacto tanto no território da gestão formal do trabalho quanto da gestão do cuidado. Campos (2007, p. 235) reconhece essa gestão compartilhada como a gestão colegiada dos serviços de saúde, a cogestão, que se refere ao envolvimento de todos os atores, sejam eles gestores ou trabalhadores operantes, na elaboração de novas formas de gerir e organizar os serviços através de contratos de gestão, sendo considerada um “dispositivo desalienante”.

Para Coelho (2015, p. 53) “a cogestão experimentada na atenção básica, além da necessidade de encontros coletivos, fundou-se na construção dos dispositivos e concretização da clínica compartilhada”, que pode ser compreendida como uma maneira de organizar os processos de trabalho com atuação abrangente e ampliada nos determinantes do processo saúde-doença, com a elaboração de projetos terapêuticos singulares. A cogestão apresenta-se como um modo de governar que “envolve o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde” (COELHO, 2015, p. 82).

Limites da gestão do trabalho

A interferência das lideranças políticas do município representa um fator de descontentamento para o gestor, o que gera entraves para a consolidação do seu plano de trabalho, tendo o potencial de desordenar e reorganizar o fluxo de trabalho das equipes e os processos de tomada de decisão e autonomia dos gestores formais do trabalho.

É a questão política, muitas vezes vereador tenta manipular os cargos, tentam ditar um pouco as regras, tentam dificultar um pouco a nossa forma de trabalho (G1).

O profissional que é do lado do prefeito ele age de uma forma pra ajudar, porque ele quer continuar, ele acha bom. Quem é contra faz de tudo pra derrubar o serviço, e por ai vai, é dessa forma que a gente vê. Infelizmente a política (G7).

O que perdura, em alguns municípios, é um regime de regulação político-clientelístico, representado pelo “atravessamento dos vereadores e de outras forças políticas locais no funcionamento do SUS”. Os gestores, em especial, os secretários municipais de saúde, “estão tendo de enfrentar poderosas forças antirregulatórias ou contrarregulatórias, em particular a atuação dos atores políticos locais que fazem

uso da saúde como parte de seus projetos político-partidário-eleitorais” (CECÍLIO, 2014, p. 95). O modo de operação desse regime de regulação está fortemente amparado na “pressão e barganha”, ou seja, o acesso aos serviços de saúde é garantido em troca de votos, sendo seu tempo de legitimação mais rápido em relação ao tempo do regime de regulação profissional ou governamental, sendo o primeiro efetuado por gestores e formuladores das políticas, e o segundo pelos trabalhadores dos serviços.

A rotatividade e a escassez de profissionais médicos são referidas como dificuldades para a manutenção das equipes e a organização do trabalho. G65 evidencia o poder do modelo médico hegemônico e critica a superioridade do médico perante os outros profissionais da equipe, com dificuldade na gestão do trabalho desse profissional que resiste ao cumprimento da carga horária total e das normalizações requeridas na ESF.

O grande problema da Estratégia Saúde da Família hoje é a classe médica. A gente consegue manter o agente comunitário de saúde, a parte administrativa, enfermeiro, agora a parte médica é muito rotativa. Um mês eu tenho, em outro mês eu tenho que está providenciando outro médico. Hoje se tem uma ideia, a classe médica tem a ideia que a o médico é o topo da hierarquia. Primeiro que o médico não cumpre carga horária, tem que ficar no pé. [...] eu acho que se o enfermeiro cumpre carga horária de 40 horas semanais, o médico também tem que cumprir. E na minha gestão, não cumpre, infelizmente eu corto o dia que ele não veio. Então ele trabalha dois meses comigo por eu cortar os pontos, corto o dia (G65).

Ney e Rodrigues (2012), ao analisarem os fatores que interferem na fixação do profissional médico na ESF, destacam nos discursos dos trabalhadores motivos de insatisfação como: a infraestrutura das USFs; sobrecarga de trabalho; grande demanda espontânea e o atendimento de usuários não adscritos por solicitação de ocupantes de cargos políticos municipais; política municipal de gestão do trabalho no que se refere à inexistência de ações de educação permanente, salários considerados impróprios, vínculos empregatícios precários e a ausência de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) que garanta ascensão e desenvolvimento profissional; e a desarticulação da rede de atenção à saúde do município, que impede ou mesmo dificulta o percurso dos usuários pelos diferentes níveis de atenção. A desvalorização salarial relatada pelos médicos da ESF resulta

na busca por outros vínculos de trabalho, o que impede o cumprimento da carga horária requerida para a ESF e compromete a qualidade da atenção à saúde.

Cecílio e Andrezza (2007, p. 205), em uma pesquisa realizada entre 2005 e 2007, com o objetivo de analisar as relações entre gestores estaduais e municipais na construção do processo de regionalização, evidenciam que os gestores não conseguem realizar a gestão do trabalho médico, com controle de horário e produtividade, visto que a categoria impõe à gestão dos municípios e estados um controle de barganha aliado à baixa disponibilidade de profissionais e à alta rotatividade que dificulta a fixação do médico. De acordo com os autores, os gestores reconhecem que a “baixa adesão dos médicos ao projeto SUS” é relacionada à inoperância da rede de serviços e evidenciada pelos encaminhamentos excessivos e desnecessários aos especialistas, em detrimento do “despreparo técnico”. Assim, afirmam que será necessária a implementação de novas “regras do jogo”, construídas em bases dialógicas e negociadas pelos atores, mas que poderão ser produtoras de grandes embates entre gestores e médicos, visto que poderão requerer a reorganização do trabalho dos últimos, com observância de princípios legais, como o cumprimento da carga horária requerida.

O gestor reconhece a desorganização e a inoperância da rede de serviços de saúde do município e constata que a materialidade da gestão só é possível na dinâmica de funcionamento das redes de atenção à saúde, o que reafirma a reflexão de Franco (2013) de que existe uma imanência entre as redes e o processo de trabalho em saúde.

Olha, facilidade eu não tenho. A gente basicamente mata um leão a cada dia, porque é a especialidade que a gente não consegue, o usuário vem e a gente trabalha com ele, trabalha um pouco essa questão da espera, passa um e-mail, envia e vê o que tá acontecendo. Às vezes o usuário precisa de uma consulta urgente e a gente não tem e conversa com o médico e ele vai, cede e atende, entendeu. Encaminha esse paciente pra algum serviço, então, assim, a gente não tem muita facilidade, porque a gente não tem uma gama de oferta muito grande (G63).

Ao analisar a constituição das redes no quesito acesso e consumos de serviços de saúde, o que existe é uma desarticulação entre os diferentes tempos: dos gestores, trabalhadores e usuários. A quimera da atenção básica, enquanto imagem objetivo no campo do sonho ou fantasia, prevê uma rede de serviços universal, resolutive,

cuidadora e integral, sem frequentemente levar em consideração os atravessamentos reais no cotidiano, como a produção de redes alternativas e operantes, pelos trabalhadores, usuários, gestores e tantos outros autores, que nem sempre convergem para os mesmos interesses (CECÍLIO, 2012, p. 284). Nesse processo, os gestores experienciam um “tempo das possibilidades”, através da busca permanente da adequada relação entre a oferta e a demanda, buscando a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços. Os profissionais de saúde estão situados no tempo de cuidado e os usuários no tempo das necessidades, marcado, principalmente, pela experiência individual da doença. Assim, esses diferentes tempos, em geral, são díspares e geram ruídos na operacionalização do sistema de saúde, de forma que os gestores estão atentos a uma demanda que parece estar equivocada, visto a inoperância da rede de serviços; os trabalhadores culpabilizam os gestores pela demora na disponibilização dos serviços; e os usuários pelo imediatismo de suas demandas determinam sua necessidade como imperativa.

O gestor está imerso em um regime de regulação governamental que vivencia a demanda crescente pelo consumo dos serviços de saúde e uma rede de atenção à saúde que não cresce na mesma velocidade, especialmente, por aspectos financeiros e político-administrativos. Ao mesmo tempo, se distancia do espaço da micropolítica do processo de trabalho em saúde, o que torna invisível as redes e fluxos produzidos por trabalhadores e usuários e que, em essência, tem grande potência na organização das redes vivas em saúde. Magalhães (2014) afirma que as redes de atenção à saúde sofrem grande impacto pelo acesso ampliado na atenção básica à saúde sem clareza dos fluxos entre os serviços, principalmente, com a expansão da ESF a partir da década de 90.

Merhy e colaboradores (2014, p. 154) ampliam a análise das redes de atenção à saúde para além da previsibilidade racional proposta pela Constituição Federal de 88 e pelas leis orgânicas do SUS, propondo a ideia das redes vivas, que contemplam as diferentes subjetividades dos atores envolvidos na produção do cuidado, reconhecendo que a rede de serviços de saúde não é única em seu regime regulatório governamental, ao contrário, opera em diferentes fluxos, como “redes vivas em produção”, já que é produzida por todos os atores em cena, o que dificulta o controle regulatório proposto pela gestão em seu caráter meramente

macropolítico. Assim, “a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência, por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas” (MERHY *et al.*, 2014, p. 156).

Aliados à inoperância das redes de atenção à saúde, surgem nos discursos aspectos relacionados ao financiamento e às legislações que regem os gastos na gestão pública municipal, que são apontados como dificuldades de condução das atividades de gestão do trabalho na ESF. A morosidade do serviço público é constatada na obrigatoriedade da realização de licitações para compra de materiais e celebração de contratos e em razão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), número 101/2000, que limita os gestores na contratação de trabalhadores.

Hoje o principal problema da secretaria é a lei da responsabilidade fiscal. Enquanto nós equipes de ESF não conseguirmos não desonerar a folha e ter uma forma de contratação que a gente não conte na lei da responsabilidade fiscal, a gente está amarrado. Então todos os problemas do município passam pelo financeiro. Estão agarradas no financeiro (G18).

Principal dificuldade é o processo licitatório, a burocratização porque ele é necessário, porém, o tempo da burocracia é um tempo muito grande, então isso acaba prejudicando pra gente tá tendo material em tempo hábil, medicação em tempo hábil. Poderia ser uma coisa menos burocrática pra poder não ter tanta demora na espera porque o usuário não consegue entender porque nós temos que esperar esse processo e é feita a cobrança tanto por parte das equipes tanto por parte do usuário (G45).

Mendes (2015) analisa o limite de gastos com os trabalhadores por meio da LRF como uma barreira para a construção do SUS, considerando que o município não deve ultrapassar 54% da receita corrente líquida com gasto com pessoal. O autor reafirma que a LRF tem contribuído para a contratação de serviços de terceiros para a gestão e provimento do trabalho na saúde, como as Organizações Sociais da Saúde ou Organizações Civas de Interesse Público, o que deveria ser atribuição exclusiva da gestão municipal. A referida Lei deveria ser revista no quesito contratação de profissionais para a ESF e outros serviços de saúde, já que uma parte dos recursos financeiros destinados à contratação e pagamento dos trabalhadores é oriunda de financiamento federal e estadual, e não apenas de recursos próprios do município.

Pierantoni e colaboradores (2004), em um estudo sobre a capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde, afirmam que a avaliação da autonomia de gestão dos gestores do trabalho nos municípios revela ser muito baixa ou inexistente, visto que a tomada de decisão sobre elementos do trabalho das equipes, como, por exemplo, contratação e utilização de recursos financeiros, está condicionada às burocracias internas, alheias à governabilidade do gestor. Os gestores em cargos de autodireção nas instâncias locais de saúde não dispõem de instrumentos e técnicas de negociação no interior da instituição que sejam capazes de sobrepor às estruturas de mando dos demais dirigentes municipais da saúde.

A descentralização da gestão dos serviços no âmbito do SUS propiciou maior autonomia operacional para os municípios. No entanto, a complementação financeira requerida aos mesmos para o desenvolvimento de ações e programas constitui um dificultador, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. Ou seja, a arrecadação e o montante de recursos municipais destinados à saúde são insatisfatórios, de acordo com os gestores, para a condução da rede de atenção à saúde, o que gera a destinação dos recursos disponíveis para níveis de atenção considerados prioritários, como a média e alta complexidade, com comprometimento da organização da Atenção Primária como porta de entrada para o sistema de saúde.

O custeio da atenção primária é o desafio realizar. O governo federal já tem a sua contribuição, mas mesmo assim pra tá custeando todos os vínculos, todas as necessidades da ESF o município tem que contribuir muito com recurso próprio para garantir essa assistência. O município recebe uma arrecadação pequena e é onde acaba descompensando um pouco e investindo mais na média e alta complexidade. O desafio é gerir os recursos com o objetivo de atender a todos, a toda a necessidade da população (G47).

A descentralização da gestão dos serviços de saúde não representou um aumento da capacidade gestora para a esfera municipal, devido a restrições jurídico-legais e políticas, o que gerou arranjos diversos de condução dos serviços pelos gestores, que experenciam a limitação do seu campo de intervenção, ao mesmo tempo em que identificam demandas necessárias para a reformulação do sistema (FLEURY, 2014).

Para os gestores, o perfil de comprometimento no trabalho dos profissionais da ESF constitui um requisito imprescindível para a condução e resolutividades das ações de atenção à saúde, por meio da identificação pessoal do trabalhador com a lógica do cenário de trabalho e com as demandas de saúde dos usuários, o que para eles independe da formação profissional básica ou complementar.

Eles não têm perfil. E isso é muito importante. Eu fazer uma faculdade, fazer uma pós-graduação, um mestrado, não indica nada. Eu acho que tem que ter perfil. Pra pessoa ser uma enfermeira, um médico de família, um enfermeiro da família tem que ter perfil e infelizmente aqui tá difícil, a gente conta nos dedos os profissionais com perfil (G7).

O principal é o profissional médico, que aí vem desde não ter perfil, só quer ganhar dinheiro, não ter perfil de trabalhar em saúde da família (G10).

Em um estudo sobre a avaliação da gestão do trabalho na ESF no estado do Amazonas, Pires (2012) identifica, através da análise dos discursos dos trabalhadores, que a opção pelo trabalho nessa Estratégia se deve às questões referentes ao mercado de trabalho e não ao perfil considerado adequado para o desenvolvimento das mesmas. Relatam fatores de descontentamento no trabalho na ESF, como: sobrecarga de trabalho, desvalorização, interferência dos interesses políticos na permanência e contratação dos profissionais, vínculos precários de trabalho, alta rotatividade e déficit de trabalhadores.

Um dos desafios da gestão do trabalho, segundo Franco (2013), é envolver o trabalhador em um projeto comum técnico-político-ético, já que existem sujeitos plenos e singulares, e considerando que, geralmente, os gestores do trabalho exercem uma gestão normativa de mando que garante apenas a formação de trabalhadores serializados que repetem práticas legitimadas e ultrapassadas. Assim,

Os trabalhadores são equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramentas adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isso é que vai marcando sua atividade (FRANCO, 2013, p. 250).

Os gestores caricaturam a ação dos trabalhadores no cenário real de práticas, caso a mesma esteja contrária às normatizações e disciplinamento que regem o trabalho em saúde, nos municípios, como sendo um 'perfil' inadequado de trabalho para a

ESF. Feuerwerker (2014, p. 103) ressalta que “é preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa”. A autora afirma que é necessário, no bojo das organizações e dos processos decisórios, “reconhecer a diversidade, os processos de formação de subjetividades, a forma singular de produção do cuidado” e a potência inscrita na dinâmica da práxis.

A formação em serviço dos profissionais da ESF é identificada como uma prioridade para a melhoria do cotidiano de trabalho, no entanto, os gestores reconhecem que ela inexistente no município de forma sistematizada e organizada e a associa a um limite da constituição da gestão em saúde, devido à rotatividade de profissionais nas equipes decorrente de fatores intrínsecos a gestão do trabalho, como vínculos empregatícios, e extrínsecos, como a interferência política na contratação de trabalhadores.

O que eu tenho identificado é que a gente não tem ainda uma equipe de educação permanente, né. Meu problema maior na gestão do trabalho aqui é justamente a equipe, uma equipe de educação permanente, um núcleo que pudesse ajudar (G59).

A oferta da educação permanente constitui uma importante ferramenta de fomento à gestão do trabalho, contribuindo para a valorização do trabalhador e de sua prática e a reorganização do processo de trabalho em saúde, com a apropriação de conhecimentos significativos sobre o cotidiano do trabalho que terão potência de instituir processos de autoanálise e autogestão por parte dos atores no cenário da micropolítica. O processo de autoanálise, para a corrente do institucionalismo, representa a produção de um saber e o conhecimento de seus recursos e propicia a auto-organização de forças capazes de transformar as condições de existência, estimulando processos autogestionários das práticas em análise, a partir do empoderamento do trabalhador e do protagonismo do seu trabalho (BAREMBLIT, 1996). Assim, a “ausência ou insuficiência de incentivos para qualificação profissional pode contribuir para dificuldades de manutenção e desmotivação dos profissionais na Atenção Básica” (SEIDL, 2014, p. 106).

A prática da educação permanente tem a potência de produzir diferentes efeitos no espaço da USF, como: problematização do processo de trabalho que institui reflexões que podem ameaçar a gestão caso esta não deseje problematizar

processos decisórios; fortalecimento da gestão por meio de disputas de projetos, desterritorialização e construção de coletivos que desejam transformar o modo de produzir saúde; e valorização dos trabalhadores no exercício de sua autonomia, visando produzir encontros fecundos, entre a equipe e os usuários (FEUERWERKER, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo permitiu a análise das potencialidades e limites da gestão do trabalho na ESF, a partir dos discursos dos gestores que ocupam cargos de autodireção na gestão municipal de saúde no estado do ES, com um enfoque nas nuances do espaço de imanência entre macro e micropolítica dos processos de gestão e trabalho.

A caracterização dos gestores revela um perfil sociodemográfico com predomínio de trabalhadores do sexo feminino, com idade média de 38 anos e ensino superior completo. O perfil profissional revela o predomínio de ocupantes do cargo de secretário municipal de saúde, sendo que cerca de 50% dos gestores não possuem formação específica na área de gestão em saúde e aproximadamente 55% não receberam nenhuma formação para o cargo.

Apontam como dificuldades do cotidiano de trabalho a interferência de lideranças políticas, a rotatividade e dificuldade de fixação do profissional médico nas equipes, a inoperância da rede de serviços de saúde, a burocratização do serviço público instituída por leis de controle de gastos da gestão municipal, o perfil de atuação dos trabalhadores na ESF e a formação em serviço. Em consequência, o gestor do trabalho detém pouca capacidade gestora no processo de tomada de decisão, visto que sua prática é atravessada por linhas de mando das lideranças políticas no município que dificultam o acesso direto aos recursos financeiros para aquisição de recursos materiais e contratação de profissionais.

Destacam-se, nos discursos, elementos que sinalizam uma prática de gestão por disciplinamento e controle das práticas dos trabalhadores, através da obtenção de resultados, fundamentada em atos mandatórios e normalizadores do trabalho dito prescrito, trabalho morto, que amputa o trabalhador da sua autonomia e inventividade. O que está em jogo e o que impera é o tempo do gestor enquanto

instituição de atos em saúde serializados pelas portarias ministeriais de concepção do modelo da ESF. Há erros de saída e erros de chegada, no sentido de que, está claro, o poder de decisão e condução dos processos, por parte da gestão formal, está se sobrepondo à ideia de potência da gestão citada como compartilhada por todos os atores em cena. Surge a figura do gestor moral/funcional que é detentor de ações de gerência que condicionam, regulam, conduzem e regem os processos de trabalho, partindo do pressuposto de que os gestores formais são os protagonistas na organização dos diferentes trabalhos.

Como potência na condução do trabalho na ESF, os gestores identificam as relações de vínculo entre trabalhadores e usuários, disponibilidade satisfatória de insumos e equipamentos, aspectos estruturais das USFs, oferta de profissionais para comporem as equipes, a lógica de organização do trabalho coletivo, cobrança de metas e resultados, o Programa Mais Médicos e a gestão compartilhada. Para o universo deste estudo, o modelo tecnoassistencial médico hegemônico é o modelo vigente paralelo à ESF na vivência da gestão em saúde, de forma que indicadores quantitativos de números de consultas médicas e provisão de profissionais médicos na ESF são avaliados como o cerne da gestão do trabalho. A gestão do trabalho médico transita como um limite e uma potencialidade da gestão na ESF, estando o gestor refém desse profissional através da ingerência de aspectos normativos do modelo de atenção, como a cobrança da carga horária e o controle do número de atendimentos.

O trabalho coletivo, enquanto trabalho em equipe, é valorizado pelos gestores, mas se desvela nos discursos como um momento de trabalho determinado pelas coordenações afluentes da gestão formal. O trabalho em equipe, conforme emerge nos discursos, faz uma alusão ao trabalho em redes, que, mesmo que modelares ou inovadoras, podem representar conexões entre os sujeitos do trabalho, em processos de produção contínua de democratização e ética nas relações de trabalho.

Na perspectiva do gestor, a inovação dos processos de gestão está relacionada a uma aposta na organização dos processos de trabalho na ESF e na implementação da gestão compartilhada, através da normatização do trabalho com a construção de protocolos, definição de metas e avaliação de resultados e, ao mesmo tempo, por

meio da proposição de espaços coletivos de decisão e diálogo que sensibilizem o trabalhador para o projeto proposto pela gestão formal. Inovar para os gestores, em estudo, representa mobilizar os trabalhadores com base em um centralismo político que garante ao gestor formal a decisão final e definição dos rumos, já que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores.

Neste sentido, o maior desafio na ativação da potência para a ação do trabalhador consiste na inovação por meio de novos modos de produzir a gestão do trabalho, com base na cogestão com espaços dialógicos de tomada de decisão que tenham a potência de disparar novas formas de vida no gestor e no trabalhador, através da democratização da tomada de decisão. O profissional deixa de ser concebido como um mero recurso humano, para ser pensado como um trabalhador operante, que é gestor do seu próprio trabalho, e que governa e disputa a condução das ações e projetos com as ferramentas que dispõem.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, M. E. B. Trabalhar: usar de si-sair de si. *Interface-comunic, Saúde, Educ*, São Paulo, v. 11, n. 22, p. 345-63, 2007.

BRASIL. *Lei Nº 12.871*, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. 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.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CECILIO, L.C.O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde e Soc.*, São Paulo, v.21, n.2, p. 280-289, 2012.

- CECILIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, 2007.
- CECILIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org). *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- COELHO, B. P. *Reformulação da clínica e gestão na saúde: subjetividades, política e invenção de práticas*. São Paulo: HUCITEC, 2015.
- COLLAR, J. M. et al. Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. *Saúde em Redes*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- FLEURY, S. *Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- FORTUNA, C.M. et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p. 272-281, 2002.
- FRANCO, T. B. O trabalhador de Saúde como Potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.
- _____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ, 2006. p. 459-473.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (org). *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 55-124.
- GIL, C. R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.
- MAGALHÃES, H. M. J. Redes de Atenção à Saúde: rumos à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégia de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MENDES, A. *Limite de gasto com pessoal na saúde pela LRF: uma barreira à construção do SUS público, integral e de qualidade*. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4130:limite-e-de-gasto-com-pessoal-na-saude-pela-lrf-uma-barreira-a-construcao-do-sus-publico-integral-e-de-qualidade&catid=3:noticias&Itemid=12>. Acesso em: 20 de setembro de 2015.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores Críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, 2012, p. 1293-1311.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 459-491.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. (org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 51-70.

PIRES, R. O. M. *Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.

SEIDL, H. et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014.

5.3 ARTIGO 2 - O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS TECENDO MODELAGENS DE GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE GOVERNMENT OF SELF AND OF OTHERS WEAVING MANAGEMENT MODELLING FOR WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar as modelagens de gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, por meio da investigação das práticas desenvolvidas pelos gestores formais, ocupantes de cargos de autodireção na gestão municipal da saúde, na constituição do governo de si e dos outros. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 72 gestores, por meio de entrevista semiestruturada, em 36 municípios. A análise dos dados foi fundamentada no método de análise do discurso. Os resultados apontam três modelagens de gestão: compartilhada, como tentativa de tomada de decisão coletiva; disciplinar, com execução de linhas de mando verticais; e improviso, enquanto tomada de decisão pontual, imediata e improvisada, ao mesmo tempo em que representa também linhas de fuga e exercício da autonomia do gestor. O tempo político inerente ao cargo é tido como um recurso escasso que deve ser otimizado na resolução de situações-problema e gestão de conflitos, em detrimento da escuta e diálogo em processos de cogestão. Surgem diferentes agires gestores em modos distintos de fazer a gestão do trabalho, através de ações de inovação, reprodução, produção, manutenção do instituído enquanto realidade estática e eclosão do instituinte enquanto processos de transformação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão do Trabalho. Saúde da Família. Trabalhadores. Gestor de Saúde.

ABSTRACT

This article has the objective of analysing the modelling of work management in the Family Health Strategy through the investigation of the practices developed by the formal managers, who occupy self-direction positions in the municipal healthcare management, and in the constitution of the government of self and others. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. Seventy two managers

were interviewed through a semi-structured interview in 36 municipalities. The data analysis was grounded on the discourse analysis method. The results pointed to three management modellings: the shared one, as a tentative to have collective decision making; the disciplinar one, with the execution of vertical lines of command; and the improvisation one, where decision making is eventual, imediate and improvised, but at the same time representing escape lines and the exercise of the manager's authonomy. The political time inherent to the position is taken as a rare resource that needs to be optimized in the resolution of problem-situations, and in conflict management, in detriment of listening and dialogue in go-management processes. There appear several different acting managements, in distinct acting of the work management, through the innovation, reproduction, production and maintenance actions of that which is instituted as static reality and in the eclosion of transformation processes.

Keywords: Work management. Family Health. Workers. Healthcare Manager.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute os modos de governo produzidos no cotidiano da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), através das práticas de si desenvolvidas por gestores formais, na constituição do governo de si e dos outros. Os gestores em seu processo de trabalho criam fluxos e conexões que no encontro com os trabalhadores produzem diferentes modos de conduzir o caminhar da organização de saúde.

A gestão enquanto prática de governo é produção e reprodução, uma dobra que é permeada pelo instituído e pelo instituinte, pelo formal e informal, em espaço de disputa de micropoderes e tensões constitutivas entre o que impera enquanto trabalho morto e a potência do trabalho vivo (CRUZ, 2016). Franco (2013) situa os modos de fazer a gestão do trabalho em saúde em dois territórios, sendo um deles o espaço do molar, representado pelas normas e estruturas rígidas da organização, enquanto política e prescrição de ações de cunho administrativo; e o outro o

molecular, microcosmo, o campo da micropolítica enquanto o agir cotidiano dos sujeitos, repleto de singularidades e fundado na premissa de que o trabalhador pode tudo, já que é quem define o modo de organização do processo produtivo.

Os gestores do trabalho albergam em sua prática de governo a definição de limites precisos para o exercício do poder e ditam normas e prescrevem práticas com o intuito de garantir que os projetos da organização se viabilizem, o que gera trabalhadores repetidores de velhas práticas. Em resposta ao centralismo do poder do gestor formal, o trabalhador opera novos dispositivos e “aciona novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto do seu desejo de fazer” (FRANCO, 2013, p. 247). Assim, mesmo comparado pela gestão como um mero recurso humano, o trabalhador é o maior protagonista da produção do cuidado, “é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho com suas caixas de ferramentas” (FRANCO, 2013, p. 250).

O gestor formal da organização de saúde é aquele que ocupa um cargo de autodireção do governo, também conceituado por Matus (1993) como um agente da organização (G) em cargo formal de gestão, sendo que todos os agentes, sejam eles gestores (G) ou trabalhadores (g), governam, mesmo que caiba ao G a incumbência formal de exercer tal atividade, operando na organização todos os atores com diferentes graus de autonomia e governabilidade, representada pela capacidade de tomada de decisão com base nos recursos disponíveis.

Merhy (2014) conceitua a organização de saúde como uma arena onde operam distintos agentes institucionais com interesses convergentes e divergentes. Nesse sentido, a gestão seria o espaço de disputa dos diferentes atores, assim como a revelação dos processos de tensão e das contratualidades que estabelecem entre si. Para o autor, pensar a organização de saúde como espaço de existência da gestão remete à constatação de que a primeira não existe enquanto um espaço formal, fisicamente representado por um prédio ou repartição, mas sim como uma instância construída pela ação dos diferentes atores que nela governam, por meio de uma dobra do formal e informal, uma disputa entre a norma e liberdade, um campo de produção de mundos e pontos de vista, em um “espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem,

disputando o caminhar do dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional” (MERHY, 1999, p. 309).

Neste estudo, o gestor formal é aquele que ocupa um cargo de autodireção na gestão municipal de saúde e que governa os trabalhadores, em ato, no modelo de atenção da ESF, o qual alberga o ideário da mudança de paradigma na produção do cuidado e na reorganização do trabalho em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A efetivação da ESF enquanto modelo de atenção perpassa por alguns entraves, principalmente, aqueles relacionados à gestão do trabalho, como a baixa capacidade de inovação dos modos de fazer a gestão, lógicas de trabalho centradas em procedimentos e alcance de metas e burocratização e hierarquização do cotidiano do trabalho.

Assim, a gestão do trabalho, nesse contexto, é analisada sob o olhar das formulações teóricas de Foucault na determinação do cuidado de si e dos outros, na vertente da produção do governo de si e dos outros, com referência aos conceitos de poder e governo.

Para Foucault (2008) a disciplina é um dos instrumentos que o poder exerce sobre os corpos e gera como controle das condutas as normatizações, de forma que o soberano, compreendido enquanto o sujeito ocupante de cargo de direção do governo, é capaz de dizer não ao desejo do indivíduo de uma forma legítima e fundada na própria vontade do governado.

O poder para Foucault (2010) se produz e se processa em rede, sendo mais bem designado como relação de poder, já que é circular e inscrito como presente em todas as relações humanas. Todos os indivíduos exercem o poder, já que não é uma exclusividade de alguns. No entanto, a posição que ocupam na sociedade pode determinar maior ou menor controle de uns sobre os outros, no sentido de alguns instrumentos técnicos serem mais acessíveis aos ocupantes de cargos de autodireção, como o exercício da disciplina sobre os corpos, para o controle dos gestos e condutas, ou mesmo como forma de produção, indução do saber e construção do discurso.

O conceito de governo é proposto por Foucault (2011) como um conjunto de técnicas e procedimentos que direcionam a conduta dos homens. O cuidado de si

apresenta uma conotação ética e corresponde ao modo como o sujeito conduz a si e aos outros, assim como um desejo de governar os outros através de saberes e práticas que são exercidas pelo eu. O cuidado de si surge como um primeiro despertar, uma agitação, movimento e inquietude, e está atrelado à prática do exercício do poder, de forma que “não se pode bem governar os outros, não se pode transformar os próprios privilégios em ação política sobre os outros, em ação racional, se não está ocupado consigo mesmo” (FOUCAULT, 2011, p. 35).

Cuidar de si é um pressuposto para o cuidado com os outros, e para Merhy (2014) esse exercício dá potência ao trabalhador na sua ação cotidiana, reconhecendo esse cuidado como uma prática de autoanálise de concepções e condutas, na busca da percepção de novos sentidos por meio do diálogo no espaço do trabalho de forma a “tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva” (MERHY, 2014, p. 8).

Assim, para fins de análise da gestão do trabalho em saúde, o conceito de cuidado de si está vinculado ao desenvolvimento de práticas e instrumentos que conduzam o gestor no governo de si e dos outros, em territórios de governo inscritos em linhas de resistência e potências, já que todo trabalhador da saúde é também gestor do seu próprio trabalho e capaz de exercer o cuidado de si e de produzir práticas de poder.

Os modelos de gestão e modos de subjetivação apresentam-se como processos contíguos, que se entrelaçam em um movimento circular de mudança e produção de novos territórios no campo da gestão em saúde (COÊLHO, 2015). Neste estudo, o gestor tem a possibilidade de expressar por meio do discurso, como constituição sócio-histórica, a sua vivência na gestão do trabalho por meio da análise e reflexão das práticas de si que influenciam diretamente a forma como ele agencia as práticas do outro. É um olhar para si mesmo e suas condutas na gestão dos diferentes trabalhos. O que se busca são as técnicas e habilidades utilizadas nesse contexto de ação, com o objetivo de identificar a multiplicidade das formas de fazer a gestão em saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar as modelagens de gestão do trabalho na ESF no estado do Espírito Santo (ES) por meio da investigação das práticas e técnicas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foi realizado em municípios que compõem o estado do ES.

Para a determinação da amostra foi realizado um sorteio aleatório dos municípios, considerando estratos por tamanho da população (menor e maior que 50.000 habitantes) e também pelas doze microrregiões de saúde no período de determinação da amostra (Metropolitana, MetrÓpole Expandida Sul, Polo Linhares, Sudoeste Serrana, Central Serrana, Litoral Norte, Extremo Norte, Polo Colatina, Noroeste 1, Noroeste 2, Polo Cachoeiro, Caparaó). Foram sorteados três municípios por microrregiões e, além disso, sete municípios com mais de 50.000 habitantes. Ao todo foram selecionados 39 municípios, ou seja, 50% dos municípios do estado. Em virtude de aspectos referentes ao acesso geográfico e a concessão de autorização para a realização deste estudo, foi verificada uma perda de três municípios.

Foram convidados a participarem do estudo os gestores: secretário municipal de saúde; coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família e coordenador da Atenção Primária à Saúde, totalizando 72 participantes que foram referidos pela letra G, em grafia maiúscula, seguida por números arábicos que correspondem à ordem de transcrição das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2014 a janeiro de 2015, mediante entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado. Foi utilizada como método complementar de coleta a observação participante, que foi realizada durante as aproximações com os cenários de coleta dos dados, no período de um ano, com registro das observações do pesquisador em um diário de campo que serviu de subsídio para a análise dos dados. Os relatos regulares condensaram

informações subjetivas e percepções do pesquisador no encontro com o campo de pesquisa.

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da Análise do Discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso que é unificado através de um texto para fins de análise (MINAYO, 2014).

As etapas de organização e análise dos dados foram: transcrição das entrevistas, que foi realizada de forma detalhada, não sintetizando a fala, ou corrigindo-a; e evocação de um espírito da leitura cética com a codificação dos dados, organizando as categorias de interesse. Para este estudo, os resultados e a discussão dos dados foram organizados em categorias analíticas empíricas, a saber, gestão compartilhada, gestão disciplinar e gestão do imprevisto, a fim de facilitar a análise e a observância das nuances do objeto em estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo aprovado com o número de parecer: 363867 de 28/08/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os gestores, em estudo, são predominantemente do sexo feminino (66,67%), com idade média de 38,8 anos e nível de escolaridade compatível com ensino superior completo (95,83%).

Fleury (2014), em um estudo sobre o impacto da descentralização no perfil dos gestores municipais, apresenta dados que indicam a expansão da ocupação de mulheres nos cargos de liderança, e também a presença de gestores jovens na faixa etária de até 40 anos, o que demonstra motivação dos jovens para os cargos de liderança com desafios diversos.

A maioria ocupa o cargo de secretário municipal de saúde (45,83%), seguidos por coordenadores municipais da Atenção Primária à Saúde (40,28%) e coordenadores

municipais da ESF (13,89%), com 65,28% atuantes no cargo com tempo de duração entre 1 a 6 anos, seguidos pelos gestores atuantes a menos de um ano (29,17%).

65,28% já exerceram algum cargo de gestão na saúde, sendo que 51,39% não possuíam formação em gestão em saúde e 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida.

Gestão compartilhada

A modelagem da gestão compartilhada emerge nos discursos dos gestores, como a possibilidade de tomada de decisão coletiva, com base na constatação de que qualquer processo de mudança de práticas não se processa pelos projetos individuais e sim em espaços de valorização do coletivo em momentos de negociação dialógica. Representa a cogestão enquanto o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde (COÊLHO, 2015).

G69 refere como ponto favorável da gestão do trabalho a ideia da gestão compartilhada, com tomada de decisão coletiva que faça sentido para o trabalhador operante. O gestor reconhece que os acordos e contratos coletivos têm o potencial de reconfigurar as práticas dos trabalhadores, que ao se apropriarem dos espaços de decisão redefinem seu papel na execução de atos e condutas.

Assim, o ponto mais favorável é essa gestão compartilhada. Porque não se toma decisões de cima pra baixo e que as pessoas têm que ir, simplesmente cumprir. E assim, todas as decisões são discutidas, são compartilhadas, então eu acho isso muito bom pra que o trabalho se desenvolva, diferente de lá na ponta alguém receber uma ordem e fazer uma tarefa ou ele participar de uma decisão e saber que ele vai fazer (G69).

A cogestão é apontada como o caminho para a organização dos diferentes trabalhos, em todos os pontos da rede de atenção à saúde, reforçando a premissa da indissociabilidade entre atenção e gestão. G60 afirma que desacredita em outro tipo de modelagem de gestão que não seja a compartilhada, em todos os níveis de organização do sistema, com o estímulo ao protagonismo dos atores.

A coisa que eu aprendi ao longo da minha caminhada é: eu não acredito em gestão que não seja compartilhada. E ela não é uma coisa compartilhada só aqui, reúno a equipe aqui e vou conversar. É em todos os espaços, todos os níveis de organização do sistema, possam partilhar da gestão, se comprometer e não fazer um trabalho

porque o trabalho precisa fazer assim, onde eu possa pensar meu trabalho, discutir meu trabalho. Eu acho que isso é fundamental. Então eu não acredito num gestor que se intitula e vai tocando por si uma secretaria e acho que isso é pra qualquer área pública (G60).

Campos (2007b), ao propor a gestão colegiada de equipes de saúde, salienta que a grande utopia ou quimera seria a produção de equipes com capacidade de reorientar os saberes estruturados sem estarem aprisionadas em instâncias funcionalistas, em processos permanentes de negociação e liberdade de governo de seus atos, de forma a constituir um trabalho interdisciplinar entre sujeitos livres e compromissados com as reais necessidades de saúde apresentadas pelos usuários dos serviços. Assim, novos sentidos para as práticas devem ser conduzidos em momentos dialógicos de pactuação entre os trabalhadores, usuários e gestores formais da organização. Nesse processo, “a composição da equipe deve considerar a necessidade de compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, por meio de relações horizontais” com democratização e solidariedade nas relações de trabalho (GUIZARDI; CALVALCANTI, 2010, p. 1249).

A relação do gestor com as equipes foi avaliada como um espaço de cogestão e pertencimento mútuo, com respeito e valorização das diferentes demandas. Existe a busca pela anulação do distanciamento entre o gestor formal e o trabalhador da equipe, a partir da valorização de projetos gestionários que promovam “graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação” (CAMPOS, 2007b, p. 123).

Como eu coloquei, o município faz gestão compartilhada. Então os gerentes estão sempre próximos e é essa nossa ida às unidades, nas reuniões mensais, é uma coisa muito próxima, então eu acho que é uma coisa bem compartilhada (G69).

O meu contato de gestor com os trabalhadores das estratégias é muito próximo, as portas são abertas 24 horas pra qualquer um profissional. O contato é muito próximo (G4).

Cruz (2016, p. 141), ao cartografar a sua experiência como gestora formal de uma organização de saúde, alerta para a simulação de atos democráticos por parte da gestão formal, visto que, mesmo havendo uma boa interação entre gestores e trabalhadores, predomina o projeto e a intencionalidade do governante que busca a aproximação para capturar o trabalhador em seu cotidiano. Para a autora, o gestor,

além de buscar o amortecimento do gesto criador da equipe, não dispõe de tempo para parar e ouvir, já que a unidade tempo representa um recurso escasso. Assim, apesar da busca da construção de espaços decisórios democráticos, existe um centralismo político que reconhece o trabalhador como um “outro” que deseja e tem autogoverno sobre os seus atos e “[...] isso era o insuportável para o delírio da “a gestão”, ou seja, de controlar a dimensão incontrolável do agir do outro”.

A proposição de novos modelos de gestão e atenção pautados na participação ativa dos trabalhadores não garante por si só o compartilhamento de decisões e rumos, visto que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores, o que reafirma a prevalência de métodos tradicionais de planejamento, condução do trabalho e tomada de decisão (SANTOS, 2007). Sá e Azevedo (2013, p. 42), ao pensar a gestão pela ótica de um trabalho vivo em ato que se efetua nas entrelinhas das relações entre os agentes, afirmam que “a gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumpririam então, em tese, essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores”. O gestor assumiria a posição de um mediador promovendo a grupalidade com estímulo à autonomia das equipes, por meio da construção de novos sentidos para o trabalho.

O gestor busca induzir comportamentos, capturar o trabalhador para o seu projeto de gestão definido como o melhor, mais apropriado para o serviço. Há a simulação de pactos e adesões, de forma que o gestor acredita estar exercendo processos decisórios coletivos ou mesmo mais apropriados e o trabalhador simula um fazer regido pelo regime de verdade do gestor. No entanto, Cruz (2016, p. 311) aponta que “as forças de atração não ditas, mas sabida por todos, e que são constitutivas e constituidoras deste território, são o fato do gestor ser o detentor da hora trabalhada, e o fato do trabalhador da saúde ser o dono do resultado da hora trabalhada”. O agir governo formal simula a dominação sobre o agir autogoverno. Todos são simétricos na maquinaria governo e gestão, pois todos governam.

Matus (1993) afirma que todos planejam e governam dentro de uma organização, mesmo que alguns atores estejam em posição de autodireção ou espaços de ação, de forma que planeja quem executa e que cada ator apresenta certo grau de governabilidade, que representa o controle dos recursos para a realização do

projeto. Assim, é importante o reconhecimento do autogoverno dos trabalhadores no cotidiano de construção dos modos de intervenção nos distintos serviços de saúde.

G18 vincula a sua vivência pessoal de atuação na ESF no município como um fator positivo para o exercício da gestão democrática, o que o possibilita compreender as nuances de cada território e as dificuldades impostas pelas características de acesso geográfico distinto dentro do espaço de trabalho das equipes. Relata a experiência pregressa de trabalho como um substrato para uma gestão do trabalho mais próxima da ideia de gestão do reconhecimento dos diferentes atores e agires em saúde.

De modo geral, eu avalio a minha relação como boa, até pelo meu perfil de ter vindo dela, de estar inserida nela, porque eu sou uma profissional efetiva de uma equipe de saúde da família. Então facilita demais o meu entendimento do processo de trabalho. Eu consigo entender, diferente do gestor que nunca viveu, eu consigo entender o dia a dia deles, eu consigo entender a distância maior de uma equipe, a dificuldade de uma equipe, as diferenças que existem entre as populações que não dá pra você planejar de uma forma igual pra todo mundo porque as unidades são diferentes, elas têm diferenças. Eu acho que esse entendimento facilita esse contato com as equipes de saúde da família (G18).

Franco (2013, p. 251) reconhece que todos os atores envolvidos no campo da saúde são gestores e controlam o seu processo de trabalho, de forma que “é possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo [...]”, com valorização da potência vital do trabalhador para a ação que dispara fluxos construtores de intensidades e subjetividades nos atos em saúde. G21 salienta a necessidade do despertar da equipe para a liberdade que cada trabalhador detém na gestão do seu próprio trabalho, o que permite a produção de subjetividades nômades, que são dinâmicas, em movimento, criativas e capazes de “um agir-libertário” (FRANCO, 2013, p. 245).

Porque as pessoas ainda não têm tanta maturidade de entender que o gestor apesar de ele estar na gerência, que todos nós somos gestores, um é a nível municipal, mas eles são os maiores gestores, que estão na ponta, são eles que gerenciam o processo de trabalho. Então, eu tento na medida do possível mostrar pra eles que eu preciso de bons gerentes na ponta pra que a gente possa dar um resultado satisfatório pra eles aqui, então no primeiro momento, aqui no município, eu tive que me distanciar um pouco das equipes, porque eles eram muito dependentes da coordenação, então se a

coordenação não falasse não fazia, então a estratégia inicial foi afastar um pouquinho e tentar mostrar pra eles que eles eram os gestores (G21).

Surge nos discursos a caricatura do gestor “polvo”, enquanto aquele que representa o eixo do processo de gestão e que estabelece fluxos e dispara signos que irão compor e recompor os braços, que metaforicamente seriam os trabalhadores das equipes. G16, ao se considerar uma gestora polvo, aponta o seu papel na condução dos processos de gestão ao mesmo tempo em que reconhece que não governa sozinha, já que o trabalhador detém algo grau de autonomia e liberdade, definindo as práticas que produz, mesmo que a gestão formal consiga instituir processos de captura e aprisionamento.

Eu costumo dizer que eu me sinto assim, eu como diretora da atenção eu tenho que ter braços, eu seria o centro de um corpo que eu teria vários braços. Acho que a coordenação da atenção primária ela só existe com o fortalecimento desse apoio dos outros profissionais, senão o trabalho fica um pouco solitário. Eu seria um polvo, com um monte de braços (G16).

Campos (2007b) reconhece a gestão compartilhada como um “dispositivo desalienante” a partir da constatação de que o trabalhador precisa estar envolvido na formulação de práticas que façam sentido para ele. Representa uma vertente do Método Paideia que busca orientar a política e a gestão com o reconhecimento da existência de conflitos de interesse e visões de mundo, com a construção de espaços coletivos para ampliação da capacidade de análise, decisão e ação dos atores (COELHO, 2015).

Gestão disciplinar

A gestão disciplinar emerge nos modos de organização do trabalho das equipes por meio do controle e disciplinamento dos trabalhadores. O gestor assume o papel de um eixo fixo regulador de uma espiral ascendente, ao redor da qual vagam os trabalhadores submetidos a linhas de mando verticais, que afirmam sua vulnerabilidade perante o gestor que busca a normatização de práticas para a garantia de um dado projeto político construído pela gestão em seu território macropolítico (ROLNIK, 2006). O poder centralizado no território da gestão formal configura o que Foucault (2011) denomina como panóptico, que se refere a uma

organização no âmbito da vigilância na qual alguém ocupa o lugar central na máquina de poder a fim de garantir que ninguém escape aos olhos do governante.

Uma das alternativas apontadas pelos gestores para a condução do governo do outro foi a criação de protocolos de condutas, apontados como uma estratégia de controle e uniformização do trabalho. G56 aponta esse instrumento como um requisito imprescindível para a organização do trabalho na ESF, de forma que o trabalhador opere com base em diretrizes de condutas universalistas e doutrinárias.

Implantação dos protocolos assistenciais em toda rede e a informatização de toda a rede. Pra mim são os dois pontos que a gente tem que realizar aqui (G6).

Processo de trabalho, protocolo. Eu já organizei uma reunião com eles, porque o protocolo a gente vai sentar com eles e vai construir juntos, pra que o paciente que for atendido lá no bairro x, o mesmo processo que ele passa de triagem, de atendimento, ele seja atendido também lá no bairro y, então que ele siga o mesmo fluxo. Às vezes um enfermeiro faz um pré-natal de uma forma, às vezes de outra, às vezes faz a puericultura de uma forma, claro que a gente segue o protocolo do ministério, mas a forma de trabalhar é diferente. Então a gente está querendo padronizar (G56).

Franco (2013) afirma que a organização da rede de atenção à saúde no SUS é normatizada, complementando com a evidência de que a própria ESF se ancora em processos de ordenamento normativos, através da lógica de programas e ações padronizadas com horários fixos, o que gera a captura da autonomia operante dos profissionais, que experienciam constrangimentos na produção do cuidado em saúde. Para o autor “estas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar, mas que ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido” (FRANCO, 2013, p. 245).

Sulti *et al.* (2015), ao analisar a gestão formal do trabalho, revelam que o modo de gestão operante é o do disciplinamento, através da busca pelo cumprimento de metas e indicadores impelidos ao trabalho das equipes e da “chamadinha”, enquanto exercício prático do poder do gestor, caso o trabalhador não consiga atingir determinado resultado ou expectativa externa. Para a autora, a gestão formal está centrada na lógica taylorista, evidenciada por ações burocráticas e hierárquicas em detrimento da autonomia e autogestão dos trabalhadores. G28 associa o papel

social do gestor à figura de um superior que é responsável pelo chamamento do trabalhador às atividades impostas.

Porque a gente tem que cobrar muito. Eles me veem assim: “Ah, é superior”. Então, existe um pouquinho de barreira, porque sempre eu que vai ser a que vai dar o puxão de orelha (G28).

Coelho (2015, p. 23) afirma que a gestão ainda está ancorada na racionalidade gerencial hegemônica, com base na manutenção da disciplina e do controle dos trabalhadores, por meio da obtenção e cobrança de metas e resultados, “muitas vezes alheios a processo de produção de saúde”.

A disciplina, segundo Foucault (2008), se exerce sobre os indivíduos, através da busca de uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, assumindo uma funcionalidade centrípeta que isola um espaço para funcionamento pleno dos mecanismos de poder. Age em tempos, gestos, atos, classifica os elementos em função de objetivos determinados por outros e requer o adestramento progressivo. Busca a normalização através da construção de um modelo tido como ideal a ser seguido, com a finalidade de impedir o detalhe ou diferença.

O disciplinamento dos profissionais é referenciado como viável por meio da execução de penalidades, como uma possível destituição do cargo e coerção por parte do gerente e obediência por parte do trabalhador. O que o gestor busca é a amortização do gesto criador e inventivo do trabalho vivo em ato, ou seja, o controle cria a emergência de corpos docilizados e obedientes às normas impostas pelo trabalho prescrito da gestão. Trata-se de uma gestão do trabalho de caráter eminentemente administrativa, pautada em relações de mando e prescrição de diretrizes na organização e produção do trabalho (FRANCO, 2013).

O que é necessário é cobrar mais e ter meios para fazer com que essa cobrança seja feita não só pelo coordenador, mas pelo secretário, prefeito. Porque a partir do momento que essas pessoas forem penalizadas, você não tá cumprindo horário, você não tá visitando, você não tá tendo produção, eu já avisei, a pessoa levou uma advertência, começar a penalizar, começar a acontecer algumas coisas para o funcionário começar a trabalhar direito. E a equipe eu acho que tá muito desmotivada, não tem interesse em fazer as coisas, não. Então você tem que rebolar para fazer eles trabalharem (G2).

Foucault (2010) afirma que o poder não pode ser capturado apenas no sentido de ideologia e que sua natureza final é ser constituído onde sua intenção está totalmente investida, ou seja, no interior das práticas reais e efetivas e na relação direta com seu campo de aplicação. Na realidade, o poder é um emaranhado de relações inscritas em uma estrutura quase que piramidal e mais ou menos coordenada. É caracterizado como um sistema aberto e forte, no sentido de que exerce efeitos, sejam positivos ou não, no nível do desejo e do saber, o que remete ao fato de que toda relação produzida no espaço micro é inscrita por relações de poder e regimes de produção de verdades que determinam a natureza das relações entre os corpos que estão em permanente luta, delimitando certos territórios de embate.

O autor introduz a ideia de “anatomia política” ao pensar nas formas invisíveis de um poder disciplinar que cria corpos úteis, também denominados como corpos dóceis: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2013, p. 132). Trata-se de um controle dos corpos sem a imposição de força ou coerção, mas sim do controle de gestos, atitudes e operações de forma que o mesmo seja útil, ou seja, o poder disciplinar é tido como uma aptidão, algo que possa ser praticado e exercido por todos os indivíduos sob a forma de um olhar calculado.

Fazendo uma analogia ao conceito de poder disciplinar encontramos o exercício do mesmo em diferentes formas no bojo da gestão dos processos de trabalho em saúde, inscrito em um espaço no qual todos os atores produzem e exercem micropoderes e a gestão formal conflui entre esses e o poder disciplinar instituído pelas normas de conduta das ações, com a finalidade de produzir atos em saúde mais próximos do que é estabelecido pelo trabalho prescrito e pelas metas pactuadas com instâncias muitas vezes distantes do trabalho real.

Trata-se essencialmente de uma gestão do poder disciplinar que objetiva impor atitudes e controlar os gestos, de forma a “[...] estabelecer presenças e as ausências, saber onde e como encontrar indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar” (FOUCAULT, 2013, p. 138).

A necessidade de autoafirmação do espaço formal do gestor, perante os trabalhadores operantes, sugere aos gestores uma relação hierárquica característica da gestão do poder soberano, na qual a figura do gestor representa o dirigente máximo da instituição de saúde. Cruz (2016) reconhece na gestão do trabalho um agir soberano de controlar o território, definir leis e regras de funcionamento, através de um centralismo democrático, no qual uns pensam a ação e outros a executam.

A nossa relação é muito boa, de vez em quando você tem que definir uma hierarquização porque foge, né, então desde o início nós colocamos isso porque por ser cidade do interior às vezes sobrecarregava o gestor (G10).

A gestão do poder soberano está imbuída nos achados de Pires (2012) ao considerar o discurso dos trabalhadores da ESF que confirmam a atuação da gestão como sendo apenas a cobrança de metas e indicadores. Franco (2013) apresenta uma reflexão sobre a ineficácia das estruturas mantenedoras da hierarquia no interior das instituições, como por exemplo o organograma, já que a produção dos atos em saúde se organiza por relações e linhas de fluxos horizontais, mesmos que invisíveis.

Coelho (2015, p. 168), ao analisar um projeto de intervenção e mudança de um modelo de gestão e atenção em Recife, evidencia nas falas dos gestores atitudes autoritárias e um “fazer como camisa de força”, o que sinaliza um desencontro entre o momento político e operacional. O instituído “camisa de força” revela práticas de gestão do trabalho pautadas no controle dos tempos e atos, como verificação da frequência, controle de metas e resultados, com anulação da potência de ser e estar do trabalhador. Para a autora, muitos trabalhadores apresentam dificuldades em assumir uma postura mais autônoma e desvinculada do medo das represálias estabelecidas pela gestão formal.

Quando você tem uma chefia de comando que observa e começa a exigir, você cria impacto. A resistência é só agora no começo, mas quando vê o dever de cada um, já vai mudar. Mas no início tem esse impacto porque fazia o que queria, era de qualquer forma e sofremos com isso (G33).

Na gestão o objetivo é identificar os coletivos e submetê-los ao gestor a fim de “produzir o império a partir do nosso coletivo”. O gestor é destituído dos espaços decisórios e reproduz essa prática degolando o trabalhador em seus interesses e

tomadas de decisão (CRUZ, 2016, p. 257). O trabalhador é idealizado como uma marionete que executa as normas produzidas pela gestão do trabalho, como aponta G24, que assume um modo de governar os outros, atrelado a uma postura de ditador, com estabelecimento de posições e papéis dentro da hierarquia da gestão formal, sendo o gestor o ápice na representação do exercício do poder formal no bojo da máquina gestonária.

Então eu vim com a ideia de trabalhar do conselho de saúde. Por que tudo na forma da lei, porque tudo tem que se cumprir horário, se não precisa de atestado médico, se for sair tem que avisar, quem fala em nome da secretaria é o secretário, ninguém mais fala, ninguém está autorizado a dar entrevista nem nada se não for o secretário. Então a gente implantou, tipo assim, inicial, uma postura de um ditador (G24).

A gestão do poder disciplinar soberano reconhece o trabalhador como um objeto de execução da gestão com uma forte tendência de burocratização das relações no interior das organizações de saúde. Para Campos (2007a, p. 263) o “objeto de trabalho” da gestão não inclui a produção de sujeitos plenos e autônomos em processos de democratização, e sim a tradição de controle dos trabalhadores em contraposição à produção de atores operantes.

O gestor ditador, no exercício do governo do outro, não exerce o cuidado de si enquanto uma atitude, um modo de estar no mundo, estabelecer relações e promover uma reflexão da sua prática e exercício de poder, já que exerce uma autoridade leviana de destituir o outro da sua autonomia e liberdade, diminuindo a sua potência para a ação no cotidiano do trabalho. Para Foucault (2011) somente através do exercício de um poder sobre si será possível regular o poder que se exerce sobre o outro, de forma a não reproduzir práticas de tirania e comando, ou mesmo um governo que destitua o outro da sua liberdade de ser e fazer (FOUCAULT, 2011).

Cruz alerta sobre o aprisionamento do gestor pelo cargo e as atribuições referentes a ele, de forma que

[...] ser gestor e estar na gestão é estar marcado em todo corpo, no sentido de que, seja onde estivermos e independente do que estamos fazendo, seremos sempre gestores, como se as marcas do governo “colassem” no corpo da gente. Imediatamente uma experiência vivida materializou essa “encarnação” da gestão no meu corpo, independente do que estava fazendo ou de onde estava (CRUZ, 2016, p. 282).

A ocupação de um cargo formal de gestão incumbe no trabalhador uma máscara ou máscara, uma subjetividade capturada pela lógica macropolítica da instituição, a partir da qual o gestor assume práticas e técnicas de governo prescritas pela mesma, que se constituem como ações legitimadas e imprescindíveis para a produção do cotidiano do trabalho.

O encontro do gestor com o território da gestão em saúde se produz na adoção de uma máscara que o define enquanto gestor, na produção de uma subjetividade comum inerente ao cargo de alta direção, que traz consigo uma atuação serializada e predefinida, por meio de discursos programados, associados a uma intencionalidade momentânea atrelada ao exercício de uma função. São jogos ilusórios que mascaram as reais expectativas e intencionalidades dos gestores para reafirmar os ideais normativos das organizações de saúde (CRUZ, 2016).

No entanto, o trabalhador tem plena consciência dos processos de captura e por isso cria suas linhas de fuga, resiste à dominação do soberano, em processos de alta produção de potência de vida, que é vista pelo gestor formal como impotência e resistência (CRUZ, 2016). O território da gestão está constituído pela presença do instituído regido por normas, decretos e produção e, do instituinte, autopoietico, de produção de modos de vida. O trabalhador produz territórios não habitados pelo gestor, invisíveis aos seus olhos, que são espaços de circulação de desejos e intencionalidades do agente g, em seu trabalho vivo em ato. Assim,

O gestor-estado com suas maquinarias cegas, binárias, segmentárias, sobrecodificantes, não o vê, mas o procura. Quando o vê o codifica como impróprio, como desconforme, a ser normalizado, como o local da impotência do projeto. Onde o outro produz a sua potência, o gestor estado vê impotência, significada como ameaça ao projeto (CRUZ, 2016, p. 312).

O trabalhador faz diferentes usos de si e não apenas a execução de procedimentos e cumprimento de normas. Santos e Barros (2012), ao analisarem as nuances do trabalho em saúde sob o escopo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, alertam sobre a impossibilidade de controle absoluto dos trabalhadores por parte dos gestores, reconhecendo a inoperância da racionalidade administrativa hegemônica que ordena o tempo, restringe os espaços de cogestão e fortalece mecanismos de comando, docilização e disciplinamentos dos corpos. A democratização dos espaços de decisão seria possível por meio da inclusão de trabalhadores e gestores em todo o processo de desenvolvimento do trabalho e de

sua análise, ampliando a autonomia, protagonismo e corresponsabilidade. A gestão compartilhada estaria ancorada no efeito de analisadores que geram rupturas e catalisam fluxos, como por exemplo os conflitos e enfrentamentos, a fim de evidenciar dispositivos que seriam gatilhos para os processos de mudança das formas de gestão. Assim, “formas democráticas de gestão do trabalho podem produzir, por conseguinte, subjetividades que recusam as sobrecodificações” (SANTOS; BARROS, 2012, p. 112).

Gestão do improviso

O improviso aparece, neste estudo, atrelado à gestão do trabalho, por meio de práticas que buscam a resolução de problemas em caráter emergencial, dissociadas do exercício da reflexão antecipada e da democratização do processo de tomada de decisão. O gestor é surpreendido pelo acontecimento momentâneo e assume o papel decisório na resolução de tarefas urgentes que exigem providências imediatas (MATUS, 1993). G62 reconhece exercer a gestão do improviso, de caráter pontual e não sistematizada, e a relaciona com a dificuldade de avaliar o próprio trabalho desenvolvido, operando em espaços de cegueira institucional.

O planejamento é uma dificuldade e as avaliações são pontuais, dependendo de uma intervenção, de um trabalho feito, então assim, não tem nenhuma sistematização de planejamento e avaliação, não. O que eu acho assim, sinto bastante falta, até pra você avaliar a gestão do trabalho, como está sendo feito, até pra tomar de exemplo, está muito falho (G62).

A gestão do improviso foi identificada na categoria analítica planejamento e avaliação, no estudo de Littike (2015), por meio do reconhecimento de práticas de gestão pautadas em decisões imediatas, pontuais e improvisadas que tinham pouca resolutividade no cotidiano do serviço de saúde. Os gestores relataram não desenvolver o planejamento sistemático das ações, o que confere ao trabalho um caráter semântico de improvisação e imediatismo que pode gerar processos de alienação dos diferentes atores (PAIM, 2006). Sulti *et al.* (2015, p. 179) relacionam a gestão do improviso ao exercício de ações imediatistas, de tomada de decisão de maneira emergencial em um processo de “apagar incêndio”, no qual o gestor é o responsável pela tomada de decisão valorizando um centralismo decisório.

O planejamento e a avaliação das ações realizadas, no âmbito da gestão do trabalho na ESF, foram reveladores das nuances da gestão do imprevisto, sendo apontados como práticas não legitimadas na gestão formal em estudo, de forma que o gestor se posiciona como um refém dos acontecimentos inesperados, operando em espaços de baixa governabilidade e reduzida capacidade para a tomada de decisão. As dificuldades atribuídas ao exercício do planejamento das ações foram referentes à falta de conhecimento sobre gestão, demandas burocráticas que oneram o tempo do gestor e distanciamento entre o espaço da gestão municipal e o cenário de trabalho das equipes. G32 relaciona, ainda, a ausência do planejamento à sua inexperiência em cargo de gestão.

Nós estamos construindo agora, eu não tenho experiência em gestão e a gente está procurando tentar construir juntos, às vezes quando eu preciso eu recorro à regional ou a municípios próximos, como sugeriu a própria coordenação pra que a gente possa estar criando um instrumento (G32).

Paim (2006) afirma que o planejamento possibilita aos trabalhadores a organização do processo de trabalho com base em propósitos claros e explícitos, e aos gestores acompanhar o fazer dos sujeitos em ação. Representa o pensar a ação antecipadamente, sendo uma alternativa à gestão do imprevisto que torna gestores e trabalhadores “uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade” (PAIM, 2006, p. 768). O autor reconhece que o planejamento deve ser uma construção coletiva dos diferentes atores envolvidos, para que os mesmos tenham ciência do significado do seu trabalho e possam apostar na construção de ações otimizadas e adequadas à realidade de trabalho nos serviços de saúde. Assim, “o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação” (PAIM, 2006, p. 768).

Para o gestor as amarras da burocratização do trabalho da gestão formal dificultam a construção de espaços de produção do planejamento e avaliação associados ao processo de democratização das relações. O processo de trabalho do gestor sofre uma captura pela lógica do trabalho morto inscrito na máquina governamental, o que culmina na execução de práticas não reflexivas de cumprimento de rotinas, como a assinatura de contratos e convênios, que estão postas no campo da macropolítica e engessam esse trabalhador (CRUZ, 2016). O tempo político inerente ao cargo é tido como um recurso escasso que deve ser otimizado na resolução de situações-

problema e gestão de conflitos, em detrimento da escuta e diálogo em processos de cogestão. Toda a potência da gestão formal é investida na demarcação dos territórios de exercício do poder e definição de limites e fronteiras.

Eu não consigo devido a essa parte burocrática que eu tenho que ficar envolvida, eu não consigo tá mais perto deles, não consigo, eu até tento. Então no caso dos cronogramas, eles mesmos desenvolvem, a não ser quando a gente vai fazer alguma campanha, alguma ação e aí eu sento junto com eles. Agora fora isso, eu não tenho pernas (G59).

Cruz (2016, p. 326) alerta para a constatação de que o ato de governar é intencional resultados e produzir acontecimentos. Para a autora intencional envolve um “agir linha” que ao se estriar demarca e domina um território para a ocorrência de fatos políticos e registros das marcas de governo em um “agir estado”, que envolve a execução de práticas doutrinadas pela gestão formal do trabalho. A produção de acontecimentos envolve o vazamento da política de governo, ou seja, o que gera o inesperado dissociado do que foi definido *a priori* pelo gestor. Nesse sentido, o agir estado pode estar intimamente relacionado ao planejamento pensado e executado pelo gestor formal, mas a todo o momento estão sendo produzidos acontecimentos que fogem ao que é tido como esperado ou planejado. Assim, o planejamento pode constituir uma ferramenta potente de organização do trabalho no bojo da gestão em processos de negociação coletiva, ou ao contrário, representar apenas uma ação requerida pelo agir estado, que limita, define, engessa e assume uma postura ingênua de controle absoluto de todos os acontecimentos.

No ato de governar “somente podemos recolher de nossos agires seus efeitos *a posteriori*, pois não conseguimos prever o que vai acontecer, somente podemos intencional”, e a gestão envolve a imprevisibilidade de forma que o gestor não tem certeza do que irá acontecer, do resultado da sua ação (CRUZ, 2016, p. 326). No cotidiano de trabalho, o gestor, mesmo que de uma maneira não sistematizada, propõe ações bem delimitadas, mas não poderá prever o efeito das mesmas, visto que atua em um território de incertezas e habitado por multidões em diferentes processos de subjetivação.

Cruz (2016) propõe uma analogia para o trabalho do gestor que representa o ato de “trocar o pneu do carro andando”, no sentido de implantar um modelo de saúde, ao mesmo tempo em que responde às intempéries políticas, dificuldades estruturais e

disputas. G57 reconhece o imprevisto nos processos de tomada de decisão em virtude de acontecimentos inesperados e associa tal prática ao adoecimento e sofrimento no trabalho, por meio da sobrecarga de trabalho e exaustão, ao mesmo tempo em que busca como linha de fuga a organização de práticas burocráticas inerentes ao cargo.

Hoje mudou um pouco, no começo era apagando muito incêndio, pegamos uma secretaria com milhares de problemas muito sérios, desde infraestrutura muito ruim, falta de material, falta de protocolos, muito complicado. Hoje está um pouco mais tranquilo porque eu consegui inserir no meu organograma aqui da secretaria dois subsecretários. Isso já me deu um folegozinho porque antes eu tinha que ver tudo sozinha, acho que foi por isso que eu adoeci no final da primeira gestão. Então eu consigo respirar, mas eu ainda não consigo planejar como eu imaginava, consegui fazer contratos que me permitem não apagar aqueles incêndios que desgastam a gente na rotina, como contrato de manutenção, instalações prediais, contrato de ar condicionado (G57).

Durante a observação de participante surge a figura do gestor de pregos, em um momento no qual G37 é indagado por um servidor da Secretaria Municipal de Saúde sobre a provisão de tal recurso material e salienta por meio do discurso que “agora serei um gestor de pregos e não do trabalho”. O gestor assume um papel de provedor de todos os tipos de recursos na máquina de governo, tendo dificuldade em delimitar seu campo de atuação em meio a processos políticos e estruturais de definição do seu cargo. Cruz (2016) ao ocupar diferentes espaços de gestão confidencia que ao assumir determinado cargo parecem inerentes determinadas atribuições preestabelecidas pelo serviço que são executadas pelo gestor de forma naturalizada e sem reflexão.

O imprevisto é reconhecido como uma resposta aos acontecimentos produzidos pela gestão formal, no sentido de dificultar a organização do trabalho no território da gestão, ao mesmo tempo em que está atrelado à liberdade criativa, que se constitui em um dispositivo potente de produção de vida. A gestão do imprevisto como potência de morte está relacionada ao ato de apagar incêndio, de forma a resolver os problemas que emergem por meio de ações pontuais sem planejamento e reflexão da prática crítica e construtiva, com reforço à hierarquização da autoridade do gestor, por meio de uma gestão do provisório que gera repetição e impotência diante da complexidade da tarefa. Ao contrário, o imprevisto enquanto produção de

vida está atrelado às linhas de fuga operadas pelo gestor e pelos trabalhadores, que buscam um agir militante em espaço de engessamento de um agir estado.

Merhy *et al.* (2007), ao apresentar as tecnologias de gestão em ato, apresentam mapas analíticos de atos inusitados, que surgem a todo momento no cotidiano da gestão e que não podem ser controlados por normas ou protocolos, já que afirmam a imprevisibilidade dos acontecimentos que emergem em meio aos conflitos, cogestão e tensões constitutivas das relações entre os diferentes atores, que dispõem de autogoverno e autonomia para governar a si. Assim, “governar é um agenciamento em constante atualização, um ritornelo”, um trabalho vivo acontecendo em ato no espaço da gestão de si e dos outros, sem nenhum controle (CRUZ, 2016, 265).

A gestão do imprevisto esteve também associada às limitações do saber-fazer dos gestores, o que gera um desconforto perante as equipes que não compreendem a sua real governabilidade. O gestor busca desenhar linhas de fuga e rotas alternativas com o objetivo de atender às demandas dos trabalhadores, e, ao não disporem de ferramentas que garantam a resolução das mesmas, surge a instância da insatisfação dos trabalhadores com a gestão do trabalho. Cruz (2016) afirma que o território da gestão formal é estabelecido *a priori* pela maquinária da administração, tecnologias de governo e forças políticas e partidárias que determinam a condução do projeto de gestão em curso. O gestor improvisa ações de acordo com o processo de captura a que estão submetidos pela organização de saúde a fim de responder as solicitações dos trabalhadores, mas não detém autonomia completa do processo de tomada de decisão, visto que o território governamental já dispõe de regras, mecanismos de controle, o que configura uma “máquina paranoica em operação cotidiana. Uma máquina que operava na defesa de vida de cada um governo e por consequência na sobrevivência do grupo à frente do projeto” (CRUZ, 2016, p. 240). G14 aponta que os trabalhadores requerem aumento salarial, o que independe do desejo do gestor, sendo um dificultador no estabelecimento de relações dialógicas com as equipes.

Então, na verdade o gestor, o gerente, ele nunca é tão bem visto porque às vezes são coisas que fogem da nossa governança, porque na verdade o que as equipes hoje querem, aumento de salário, e aí foge a nossa governança e aí gera insatisfação (G14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das modelagens de gestão do trabalho na ESF revela diferentes práticas e técnicas de governo desenvolvidas pelos gestores no governo de si e dos outros. Surgem, neste estudo, as categorias analíticas gestão compartilhada, gestão disciplinar e a gestão do imprevisto, que se entrelaçam em meio aos discursos, revelando a existência de nuances de todas em um mesmo modo de se fazer a gestão do trabalho. São modos distintos de governar a si e ao outro que apresentam em seu bojo o ator gestor formal do trabalho com diferentes atuações, que traz em seu corpo marcas que o aprisionam em um ser gestor de saúde, performativo e centralizador.

Não existe uma separação demarcada entre os diferentes modos de governar e sim subjetividades que estão em ação e transformação em momentos de encontro entre o trabalhador e o gestor formal, de modo que governar a si representa o próprio governo do outro, no sentido de que a modalidade de gestão exercida sobre o outro é reflexo da gestão que o agente G faz de si mesmo. Assim, surge a partir dos discursos a expressão de diferentes gestores, que podem ser evidenciados, neste estudo, como gestor ditador, gestor de pregos, gestor soberano e gestor polvo, que delimitam um determinado agir interessado no contexto da gestão do trabalho.

A gestão compartilhada surge como uma tentativa de produção de espaços dialógicos e democráticos de tomada de decisão entre os agentes da organização, mas que ao mesmo tempo revela a simulação de atos democráticos por parte do gestor, que busca capturar o trabalho vivo em nome de um centralismo político, apesar de reconhecer a autonomia e liberdade dos agentes g.

Na gestão disciplinar predominam as linhas de mando verticais, que são exercidas por meio de técnicas de governo pautadas na disciplina, controle, imposição de metas e resultados e execução de penalidades como, por exemplo, a destituição do cargo. O gestor busca o controle dos territórios, dos tempos e atos, e não exerce uma autoanálise enquanto cuidado de si, visto que o que impera é a hierarquia e centralismo decisório. Ele assume a figura de protagonista na organização de saúde

e desenvolve uma ação performativa que se expressa nas ações e nos discursos, por meio de uma máscara, em matéria de expressão, inerente ao ocupante do cargo formal de gestão. Surge a atuação do gestor mascarado que por meio de um discurso maquiado busca aprisionar o trabalhador em seu projeto de governo, ao mesmo tempo em que também é refém do mesmo objeto. Gestor que aprisiona e gestor que é aprisionado, destituído da sua liberdade pelas normatizações da organização centralista.

O imprevisto aparece como um alicerce de uma modalidade de gestão que está relacionada aos acontecimentos, ao ato de apagar incêndio no sentido de ações pontuais sem construção reflexiva, que pode gerar repetição e impotência. No entanto, esse modo de fazer gestão, enquanto potência de vida, pode também ser um espaço de criação de linhas de fuga e exercício da criatividade e liberdade do gestor, partindo do pressuposto de que o mesmo não detém controle dos resultados dos seus agires, deparando-se com o inesperado e o inusitado.

O cuidado de si, enquanto teoria âncora, revela que a gestão do trabalho na ESF está predominantemente delimitada pelos diferentes centralismos (político, democrático e decisório) exercidos por um gestor que está engessado pelas amarras de uma organização de saúde que o aprisiona, de forma que a autoanálise não é imbuída de potência de transformação de práticas de governo, estando o gestor em situação de governo através de técnicas e habilidades impostas pela organização formal da gestão macropolítica. Toda a potência para a ação do gestor é consumida na demarcação de territórios de exercício do poder, a fim de alinhar os trabalhadores aos interesses do projeto político predefinido. Desta forma, mesmo as tentativas de construção de espaços de gestão compartilhada revelam a limitação dos gestores perante os processos de tomada de decisão e definição de novos rumos e modos de gestar o trabalho.

Assim, a reorientação dos modos de gestão e dos instrumentos e técnicas de governo seria capaz de superar a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e das relações de mando, propondo contrapoderes e limitando práticas de governo burocráticas e autoritárias. O que existe é um distanciamento entre os executores (G) das funções formais de gestão e os agentes (g) operadores das atividades finalísticas.

Surgem diferentes agires gestores em modos distintos de fazer a gestão do trabalho, através de ações de reprodução, produção, manutenção do instituído enquanto realidade estática e eclosão do instituinte enquanto processos de transformação.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS, S. B. F.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde muito prazer**: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Ijuí, 2007. p. 61-71.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 229-266.

COÊLHO, B. P. **Reformulação da clínica e gestão na saúde**: subjetividades, política e invenção de práticas. São Paulo: HUCITEC, 2015.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar**: conversações sobre o governo de si e dos outros. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2011a. 506 p.

_____. **Microfísica do poder**. 11. ed. São Paulo: Graal, 2010.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 41 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. 291 p.

FRANCO, T. B. O trabalhador de Saúde como Potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O Conceito de Cogestão em Saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2 v. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. E. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; CARDOSO; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L.M. et al. (org). **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E.; et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MERHY, E. E.; et al. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 767-782.

PIRES, R. O. M. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006. 247 p.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 33-50.

SANTOS, S. B. F. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teóricos-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: BARROS, M. E. B.; BARROS, B. R. **Trabalhador de saúde: muito prazer- protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Porto Alegre: Unijui, 2007, p. 73-96.

SANTOS, S. B. F.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2. P. 101-122, 2012.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 171-181, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico dos gestores, em estudo, revela a predominância do sexo feminino (66,67%), com idade média de 38,8 anos e nível de escolaridade compatível com ensino superior completo (95,83%). A maioria ocupa o cargo de secretário municipal de saúde (45,83%), seguidos por coordenadores municipais da Atenção Primária à Saúde (40,28%) e coordenadores municipais da ESF (13,89%), com 65,28% atuantes no cargo com tempo de duração entre 1 a 6 anos, seguidos pelos gestores atuantes há menos de um ano (29,17%). 59,72% têm experiência anterior de trabalho em ESF e 65,28% já exerceram algum cargo de gestão na saúde, o que representa um requisito importante para o acesso ao cargo.

Quanto à formação profissional complementar observou-se que 66,67% havia realizado algum curso sobre saúde da família e 51,39% não possuía formação em gestão em saúde. No que se refere à variável ter realizado algum curso de capacitação para o cargo percebe-se que 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida. Trinta e dois gestores relatam que participaram de cursos específicos para o cargo, oferecidos pela esfera estadual (29,17%), no formato de oficinas: do plano diretor da Atenção Primária e de gestão e financiamento do SUS.

A análise da gestão do trabalho na ESF no ES, a partir do discurso dos gestores, revela limites e potencialidades do cotidiano de trabalho, assim como modos de governar que são produzidos no encontro com os trabalhadores por meio de práticas de si que se reproduzem em práticas de governo de si e dos outros.

Apontam como dificuldades do cotidiano de trabalho a interferência de lideranças políticas, a rotatividade e dificuldade de fixação do profissional médico nas equipes, a inoperância da rede de serviços de saúde, a burocratização do serviço público instituída por leis de controle de gastos da gestão municipal, o perfil de atuação dos trabalhadores na ESF e a formação em serviço. Em consequência, o gestor do trabalho detém pouca capacidade gestora no processo de tomada de decisão, visto que sua prática é atravessada por linhas de mando das lideranças políticas no

município que dificultam o acesso direto aos recursos financeiros para aquisição de recursos materiais e contratação de profissionais.

Destacam-se, nos discursos, elementos que sinalizam uma prática de gestão por disciplinamento e controle das práticas dos trabalhadores, através da obtenção de resultados fundamentada em atos mandatórios e normalizadores do trabalho dito prescrito, trabalho morto, que amputa o trabalhador da sua autonomia e inventividade. O que está em jogo e o que impera é o tempo do gestor enquanto instituição de atos em saúde serializados pelas portarias ministeriais de concepção do modelo da ESF. Há erros de saída e erros de chegada, no sentido de que, está claro, o poder de decisão e condução dos processos, por parte da gestão formal, está se sobrepondo à ideia de potência da gestão citada como compartilhada por todos os atores em cena. Surge a figura do gestor moral/funcional que é detentor de ações de gerência que condicionam, regulam, conduzem e regem os processos de trabalho, partindo do pressuposto de que os gestores formais são os protagonistas na organização dos diferentes trabalhos.

Como potência na condução do trabalho na ESF, os gestores identificam as relações de vínculo entre trabalhadores e usuários, disponibilidade satisfatória de insumos e equipamentos, aspectos estruturais das USFs, oferta de profissionais para comporem as equipes, a lógica de organização do trabalho coletivo, cobrança de metas e resultados, o Programa Mais Médicos e a gestão compartilhada. Para o universo deste estudo, o modelo tecnoassistencial médico hegemônico é o modelo vigente paralelo à ESF na vivência da gestão em saúde, de forma que indicadores quantitativos de números de consultas médicas e provisão de profissionais médicos na ESF são avaliados como o cerne da gestão do trabalho. A gestão do trabalho médico transita como um limite e uma potencialidade da gestão na ESF, estando o gestor refém desse profissional através da ingerência de aspectos normativos do modelo de atenção, como a cobrança da carga horária e o controle do número de atendimentos.

O trabalho coletivo, enquanto trabalho em equipe, é valorizado pelos gestores, mas se desvela nos discursos como um momento de trabalho determinado pelas coordenações afluentes da gestão formal. O trabalho em equipe, conforme emerge nos discursos, faz uma alusão ao trabalho em redes, que, mesmo que modelares ou

inovadoras, podem representar conexões entre os sujeitos do trabalho, em processos de produção contínua de democratização e ética nas relações de trabalho.

Na perspectiva do gestor, a inovação dos processos de gestão está relacionada a uma aposta na organização dos processos de trabalho na ESF e na implementação da gestão compartilhada, através da normatização do trabalho com a construção de protocolos, definição de metas e avaliação de resultados e, ao mesmo tempo, por meio da proposição de espaços coletivos de decisão e diálogo que sensibilizem o trabalhador para o projeto proposto pela gestão formal. Inovar para os gestores, em estudo, representa mobilizar os trabalhadores com base em um centralismo político que garante ao gestor formal a decisão final e definição dos rumos, já que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores.

A análise das modelagens de gestão do trabalho na ESF revela diferentes práticas e técnicas de governo desenvolvidas pelos gestores no governo de si e dos outros. Surge, neste estudo, as categorias analíticas gestão compartilhada, gestão disciplinar e a gestão do imprevisto, que se entrelaçam em meio aos discursos, revelando a existência de nuances de todas em um mesmo modo de se fazer a gestão do trabalho. São modos distintos de governar a si e ao outro que apresentam em seu bojo o ator gestor formal do trabalho com diferentes atuações, que traz em seu corpo marcas que o aprisionam em um ser gestor de saúde, performativo e centralizador.

Não existe uma separação demarcada entre os diferentes modos de governar e sim subjetividades que estão em ação e transformação em momentos de encontro entre o trabalhador e o gestor formal, de modo que governar a si representa o próprio governo do outro, no sentido de que a modalidade de gestão exercida sobre o outro é reflexo da gestão que o agente G faz de si mesmo. Assim, surge a partir dos discursos a expressão de diferentes gestores, que podem ser evidenciados, neste estudo, como gestor ditador, gestor de pregos, gestor soberano e gestor polvo, que delimitam um determinado agir interessado no contexto da gestão do trabalho.

A gestão compartilhada surge como uma tentativa de produção de espaços dialógicos e democráticos de tomada de decisão entre os agentes da organização, mas que ao mesmo tempo revela a simulação de atos democráticos por parte do gestor, que busca capturar o trabalho vivo em nome de um centralismo político, apesar de reconhecer a autonomia e liberdade dos agentes g.

Na gestão disciplinar predominam as linhas de mando verticais, que são exercidas por meio de técnicas de governo pautadas na disciplina, controle, imposição de metas e resultados e execução de penalidades como, por exemplo, a destituição do cargo. O gestor busca o controle dos territórios, dos tempos e atos e não exerce uma autoanálise enquanto cuidado de si, visto que o que impera é a hierarquia e centralismo decisório. Ele assume a figura de protagonista na organização de saúde e desenvolve uma ação performativa que se expressa nas ações e nos discursos, por meio de uma máscara, em matéria de expressão, inerente ao ocupante do cargo formal de gestão. Surge a atuação do gestor mascarado que por meio de um discurso maquiado busca aprisionar o trabalhador em seu projeto de governo, ao mesmo tempo em que também é refém do mesmo objeto. Gestor que aprisiona e gestor que é aprisionado, destituído da sua liberdade pelas normatizações da organização centralista.

O improviso aparece como um alicerce de uma modalidade de gestão que está relacionada aos acontecimentos, ao ato de apagar incêndio no sentido de ações pontuais sem construção reflexiva, o que pode gerar repetição e impotência. No entanto, esse modo de fazer gestão, enquanto potência de vida, pode também ser um espaço de criação de linhas de fuga e exercício da criatividade e liberdade do gestor, partindo do pressuposto de que o mesmo não detém controle dos resultados dos seus agires, deparando-se com o inesperado e o inusitado.

O cuidado de si, enquanto teoria âncora, revela que a gestão do trabalho na ESF está predominantemente delimitada pelos diferentes centralismos (político, democrático e decisório) exercidos por um gestor que está engessado pelas amarras de uma organização de saúde que o aprisiona, de forma que a autoanálise não é imbuída de potência de transformação de práticas de governo, estando o gestor em situação de governo através de técnicas e habilidades impostas pela organização formal da gestão macropolítica. Toda a potência para a ação do gestor

é consumida na demarcação de territórios de exercício do poder, a fim de alinhar os trabalhadores aos interesses do projeto político predefinido. Desta forma, mesmo as tentativas de construção de espaços de gestão compartilhada, revelam a limitação dos gestores perante os processos de tomada de decisão e definição de novos rumos e modos de gestar o trabalho.

O mapa analítico da gestão do trabalho produzido por meio do discurso dos participantes e relatório de campo revela que os conflitos imperam por meio da dificuldade do gestor em lidar com a autonomia dos trabalhadores, as interferências políticas e a baixa capacidade de governo. Os atos inusitados surgem como um desafio, por meio do imprevisto das ações e impotência diante de acontecimentos não esperados. Atos inúteis foram identificados, como a construção de protocolos e tentativas de normatizar as ações das equipes e controlar os processos de trabalho, por meio de um imaginário do gestor de que detém o controle dos atos, o que é maquiado pelas equipes como concordância em busca de linhas de fuga e resistência.

Em relação aos campos de intervenções organizacionais, os gestores em estudo atuam sobretudo no esquema universalista, por meio da proposição de normas e manutenção de regras que capturam a criatividade dos trabalhadores e se posicionam em territórios de intervenções singulares, no qual existe a tensão constante entre norma e liberdade, objetivismo e subjetivismo, estando o projeto oficial do modelo de gestão vinculado aos objetivos da organização com atravessamento por outros projetos que tencionam o instituído através de movimentos instituintes.

Os gestores produzem práticas de si, no entanto, estão aprisionados pelas normatizações da própria organização de saúde, através de marcas inscritas em seu corpo e que determinam um ser gestor de saúde com discursos e ações serializados. São gestores *stultus*, já que não exercem o cuidado de si enquanto liberdade e albergam uma vontade subordinada, que não é livre. Operam entre a servidão e a liberdade, e reproduzem práticas de si no outro de forma leviana, sem um cuidado e conhecimento de si, o que imprime na gestão do trabalho um caráter disciplinar de calibração de gestos e amortecimento do gesto criador. São sujeitos privados que desenham territórios de obediência e autoridade.

Assim, a reorientação dos modos de gestão e dos instrumentos e técnicas de governo seria capaz de superar a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e das relações de mando, propondo contra poderes e limitando práticas de governo burocráticas e autoritárias. O que existe é um distanciamento entre os executores (G) das funções formais de gestão e os agentes (g) operadores das atividades finalísticas.

Surgem diferentes agires gestores em modos distintos de fazer a gestão do trabalho, através de ações de reprodução, produção, manutenção do instituído enquanto realidade estática e eclosão do instituinte enquanto processos de transformação.

Neste sentido, o maior desafio na ativação da potência para a ação do trabalhador consiste na inovação por meio de novos modos de produzir a gestão do trabalho, com base na cogestão com espaços dialógicos de tomada de decisão que tenham a potência de disparar novas formas de vida no gestor e no trabalhador, através da democratização da tomada de decisão. O profissional deixa de ser concebido como um mero recurso humano, para ser pensado como um trabalhador operante, que é gestor do seu próprio trabalho, e que governa e disputa a condução das ações e projetos com as ferramentas de que dispõe.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: CERQUEIRA, M. P.; MERHY, E. E. (Org). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 156-170.
- ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e Poder.** 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- AMARAL, A. E. E. H. B. Gestão de Pessoas. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P. H. A. (Org). **Política e Gestão Pública em Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2011. p. 553-85.
- ARAÚJO, M. D. Comunidade Ampliada de Pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; AVELAR, L. (Org). **Psicologia Social: temas em debate.** Vitória: GM. Editora-ABRAPSO-ES, 2008, p. 109-126.
- ARIAS, E. H. L. *et al.* Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde,** Brasília, vol. 3, n.1, p. 119-124, 2006.
- AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trab. Educ. saúde,** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2007.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (Org). **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática.** 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BARROS, M. E. B. Trabalhar: usar de si-sair de si. **Interface-comunic, Saúde, Educ,** São Paulo, v. 11, n. 22, p. 345-63, 2007.
- BARROS, M. E. B.; BARROS, B. R. **Trabalhador de saúde: muito prazer-protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Porto Alegre: Unijui; 2007.
- _____. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS, S. B.; BARROS, M.E.B. (Org). **Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: editora Unijuí, 2007, p. 61-71.
- BAUER, R. M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BEDIN, D. M. et al. Reflexões acerca da gestão em saúde em um município do sul do Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1397-1407, 2014.

BERTUSSI, D.; BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011.

BRASIL. **Informe Mais Médicos**. Ministério da Saúde. [citado em 2015]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>. Acesso em: 06 de agosto de 2015.

_____. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PCCS-SUS**: diretrizes nacionais para a instituição de plano de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAGE – **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/?saude=http://189.28.128.178/sage/&botaoook=OK&obj=htp://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 06 de agosto de 2015.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do trabalho e regulação profissional em saúde**: agenda positiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde**: políticas e suas ações [folder]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 13 fev. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre sujeito e o mundo da vida. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2006.

_____. 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. 863-870, 1998.

_____. **Reforma da Reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007b.

_____. Saúde, sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, 2009.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 315-329, 1999.

_____. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

_____. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p. 280-289, 2012.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECILIO, L.C.O.; ANDREAZZA, R. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, 2007.

CECILIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (org). **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

CERQUEIRA, M. P. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: CERQUEIRA, M. P.; MERHY, E. E. (org). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 25-42.

CERQUEIRA, M.P.G; MERHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: rede UNIDA, 2014.

CESAR, J. M. **Processo grupal e o plano impessoal: a grupalidade fora no grupo**. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

COÊLHO, B. P. **Reformulação da clínica e gestão na saúde: subjetividades, política e invenção de práticas**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

COLLAR, J. M. *et al.* Formulação e impacto do Programa Mais Médicos na atenção e cuidado em saúde: contribuições iniciais e análise comparativa. **Saúde em Redes**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 43-56, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

COTTA, R. M. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p.

CYRINO, E. G.; PINTO, H. A.; OLIVEIRA, F. P.; FIGUEIREDO, A. M. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, pp. 5-6, 2015.

DELEUZE, G. **Espinosa: filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Decreto n. 3147-R, de 21 de novembro de 2012**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008/2011**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2008.

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

_____. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. P. 290-305.

FIGUEIREDO, P. F.; VAZ, M. R. C.; SOARES, J. F. S. S.; SENA, J.; CARDOSO, L. S. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. . **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.

FLEGELER, D. S.; GUERRA, M. A.; ESPÍNDULA, K. D.; LIMA, R. C. D. O trabalho dos profissionais de saúde na estratégia saúde da família: relações complexas e laços institucionais frágeis. **UFES Rev Odontol**, Vitória, v. 10, n 4, p. 17-23, 2008.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FORTUNA, C.M. *et al.* Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.62, p. 272-281, 2002.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2011a. 506 p.

_____. **Microfísica do poder**. 11. ed. São Paulo: Graal, 2010.

_____. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 474 p.

_____. **O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: Wmj Martins Fontes, 2011b. 380 p.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 41 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. 291 p.

FRANCO, T. B. O trabalhador de Saúde como Potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

_____. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 102-114, 2015.

_____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

_____. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. (org). **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 55-124.

_____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde (Org)**. São Paulo: HUCITEC, 2013.

GALAVOTE, H.S. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des) velando cenários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. especial, n. 38, p. 221-236, 2014.

GIL, C. R.R. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GIRARDI, S. et al. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na ESF. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 11-23, 2010.

GRABOIS, P. F. Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. **Ensaios Filosóficos**. Abril/2011: 105-120.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 14, n. 34, p. 633-45, 2010.

_____. O Conceito de Cogestão em Saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 423-440, 2012.

HARTZ, Z. M. A, *et al.* **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M; SEIXAS, P. H. A (Org). **Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011. 816 p.

IBGE. **Informações completas**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320520&search=espírito-santo|vila-velha>>. Acesso em: 11 de julho de 2015.

_____. **Censo Populacional 2010**. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_espírito_santo.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de indicadores de percepção social (SIPS)**: saúde. Brasília: IPEA, 2015.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, set. 1990.

JUNQUEIRA, T. S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

LACERDA, J. T. et al. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

LAIGNER, M. R.; LIMA, R.C.D. O processo de trabalho e as implicações na saúde dos profissionais de enfermagem em um hospital pediátrico de Vitória: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 504-14, 2010.

LIMA, R. C. D. **Enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: EDUFES, 2001. 260 p.

_____. SUS e as teias de diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 13, Supl. 1, p. 781-95, 2009.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. Campos de intervenções organizacionais: a contribuição das ciências humanas para uma leitura crítica das propostas de gestão das organizações de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 11, n. 23, p. 503-14, 2007.

LITTIKE, D. **Improvizando a gestão por meio da gestão do imprevisto**: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal. 2012. Dissertação de mestrado: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFES, Vitória, 2012.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do imprevisto: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 257-281, 2005.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. **Política, Planejamento e Gestão em Saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 293-321.

MAGALHÃES, H. M. J. Redes de Atenção à Saúde: rumos à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégia de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MATUMOTO *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2011.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2v. Brasília: IPEA, 1993.

MEDEIROS, K. R. *et al.* **Lei de responsabilidade fiscal e formas de contratação dos trabalhadores nos municípios**: relatório de pesquisa. Recife: CPqAM/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CPqAM/Pesquisa_LRF.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

MENDES, A. **Limite de gasto com pessoal na saúde pela LRF**: uma barreira à construção do SUS público, integral e de qualidade. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4130:limite-de-gasto-com-pessoal-na-saude-pela-lrf-uma-barreira-a-construcao-do-sus-publico-integral-e-de-qualidade&catid=3:noticias&Itemid=12>. Acesso em: 20 de setembro de 2015.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. E. **A organização não existe**. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. **2015**. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/site-do-emersonmerhy.html>>. Acesso em: 20 de novembro de 2015.

_____. Multidão: esfinge da saúde pública, lugar de inflexão, ideias do bem comum. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 44-45, 2015.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E. E. *et al.* Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E.; *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2009. 204 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores Críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 4, 2012, p. 1293-1311.

NOGUEIRA, R. P.; SANTANA, J. P. **Gestão de recursos humanos e reformas do setor público**: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI, L. J.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4439-4448, 2014.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

OPAS. **Nota da OPAS/OMS no Brasil sobre o Projeto Mais Médicos**. [citado em 2015 mar. 19] 2015. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4798:nota-da-opasoms-no-brasil-projeto-mais-medicos&Itemid=827. Acesso em: 06 de agosto de 2015.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 459-491.

_____. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 767-782.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. 207 p.

PELBART, P. P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 19-26, 2015.

PEREIRA, N. J.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 18, Supl. 1, p. 895-908, 2014.

PESSOA, F. Livro do desassossego- composto por Bernardo Soares, ajudante de guarda-livros na cidade de Lisboa. Richard Zenith (Org.) 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

PIERANTONI, C. R. *et al.* **Capacidade gestora de recursos humanos em instâncias locais de saúde em municípios com população inferior a 100 mil habitantes**: Relatório Final. Rio de Janeiro: OPAS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=2547> . Acesso em: 13 fev. 2014.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A. C.; SANTOS, M. R.; VARELLA, T. C.; MATSUMOTO, K. S. **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ObservaRH, 2012. 156p.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. (org). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 51-70.

PIMENTA, A. L. A construção de colegiados de gestão: a experiência de gestão da secretaria municipal de saúde analisada por um ator político implicado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 29-45, 2012.

PIRES, R. O. M. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

RIBEIRO, C. D. M.; FRANCO, T. B.; SILVA, A. G. J.; LIMA, R. C. D.; ANDRADE, C. S. (Org). **Saúde Suplementar**: biopolítica e promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC, 2011. 230 p.

ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **ALEA**, Rio de Janeiro, vol.7, n.2, 2005, p.305-322.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006. 247 p.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2345-2354, 2010.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde**: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 33-50.

_____. Uma abordagem Clínica Psicossociológica na Pesquisa sobre o Cuidado em Saúde e o Trabalho Gerencial. In: BAPTISTA, T. W. F.; AZEVEDO, C. S.; MACHADO, C. V. (org). **Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 219-253.

SANTANA, J. P. A. gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344 p.

SANTOS, S. B. F. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teóricos-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: BARROS, M. E. B.; BARROS, B. R. **Trabalhador de saúde**: muito prazer- protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Porto Alegre: Unijui, 2007, p. 73-96.

SANTOS, S. B. F.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 6, n. 2, 2012.

SCHERER, M. D. A.; LOPES, E. A. A.; COSTA, A. M. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, Actas de Saúde Colet.**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-250, 2015.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014.

SHIMIZU, H. E.; MARTINS, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface**, São Paulo, 18[supl. 01], 2014, p. 1077-87.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 911-918, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

SULTI, A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 171-181, 2015.

TEÓFILO, T. J. S.; MOREIRA, A. E. M. M. A gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva dos gestores em Sobral-CE. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 5, n. 2, p. 9-25, 2011.

VIEIRA, A.; ALVES, M.; GARCIA, F. C. **Trabalho e Gestão: Saúde e Inclusão Social**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de Identificação

1. Sexo: feminino masculino 2. Idade: _____ anos
3. Formação Profissional: _____ 4. Ano de
graduação: _____
5. Pós-graduação:
- Residência
em: _____
- Especialização
em: _____
- Mestrado
em: _____
- Doutorado
em: _____
6. Cargo atual: _____ 7. Tempo no
cargo: _____
8. Jornada de trabalho semanal: _____
9. Faixa salarial (salário mínimo)
- () Menos de 1
- () De 1 a 2
- () De 3 a 5
- () Mais que 5
10. Procedimentos utilizados para ingresso no cargo: (aceita mais de uma resposta)
- Concurso público
- Indicação política
- Análise de currículo
- Entrevista
- Outro. Especifique: _____

11. Vínculo de trabalho: Estatutário Celetista (CLT) Comissionado Outro. Especifique: _____**12. Experiência anterior em Saúde da Família:**

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

13. Experiência anterior em Gestão:

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

14. Você já realizou algum curso sobre Saúde da Família? Se sim, qual?

15. Você já realizou algum curso na área de Gestão em Saúde? Se sim, qual?

16. Desde que assumiu o cargo, foram ofertados a você cursos de capacitação? Se sim, quais foram e por qual esfera de governo foi ofertado (União, Estado ou Município)?

17. Qual o vínculo empregatício dos profissionais que atuam na ESF? Forma de inserção no cargo (concurso, processo seletivo simplificado, indicação política, etc.)? Qual a sua opinião sobre o vínculo e a inserção dos profissionais?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

1. Fale sobre o seu trabalho no cargo de gestão (secretário, coordenador, gerente) neste município. Quais são as suas principais atividades?
2. Em sua opinião, quais são as principais facilidades (pontos favoráveis) que você identifica na gestão do trabalho das equipes da ESF no município? Explique.
3. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades (problemas) identificadas por você na gestão do trabalho das equipes da ESF no município? Explique (estratégias para o enfrentamento das dificuldades).
4. O que você identifica como necessário (importante) para a organização do trabalho das equipes da ESF?
4. Que tipos de suporte (APOIO TÉCNICO/FINANCEIRO) você, como gestor, tem recebido do Ministério da Saúde, da Secretaria do Estado da Saúde e de outros setores da Administração Municipal, para o enfrentamento das dificuldades citadas? Qual a sua rede de apoio na tomada de decisão?
5. Para você, quais iniciativas implantadas no município contribuem para tornar os trabalhadores das equipes mais comprometidos na construção da ESF?
6. Apontando experiências vividas no município, como você avaliaria a sua relação, como gestor, com as equipes de Saúde da Família?
7. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família no seu município? Pontos positivos e negativos.
8. Qual a sua opinião sobre as condições de trabalho dos profissionais inseridos na ESF?
9. Quais as ações que você implementou para a melhoria do trabalho na ESF? (“Rodas de discussões; Reuniões periódicas com a gestão, PCCS, Desprecarização de vínculo VOLTADAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO”).
10. Fale sobre o processo de planejamento das principais ações das equipes da ESF. Quais os instrumentos que você utiliza no planejamento?
11. Fale sobre o processo de avaliação e monitoramento das principais ações das equipes da ESF. Quais os instrumentos que você utiliza na avaliação e monitoramento?
12. Existem ações de educação/qualificação ou algum outro tipo de formação profissional no município? Como são realizadas? Como são definidas as prioridades de formação? Quem implementa essas ações?

13. Expectativas/motivações referentes ao seu cargo atual? (Qual a motivação para permanecer no cargo, qual a sua percepção sobre o seu cargo?)

14. Qual a sua percepção/opinião sobre a proposta ESF?

13. Existe mais alguma questão que você, como gestor, julga importante acrescentar?

APÊNDICE C – Legenda dos cargos de gestão em estudo

Número	Gestor
1.	Secretário Municipal de Saúde
2.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
3.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
4.	Secretária Municipal de Saúde
5.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
6.	Secretário Municipal de Saúde
7.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
8.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
9.	Secretária Municipal de Saúde
10.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
11.	Secretário Municipal de Saúde
12.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
13.	Secretária Municipal de Saúde
14.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
15.	Secretário Municipal de Saúde
16.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
17.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
18.	Secretária Municipal de Saúde
19.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
20.	Secretário Municipal de Saúde
21.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
22.	Secretário Municipal de Saúde
23.	Secretária Municipal de Saúde
24.	Secretário Municipal de Saúde

25.	Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde
26.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
27.	Secretária Municipal de Saúde
28.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
29.	Secretário Municipal de Saúde
30.	Secretário Municipal de Saúde
31.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
32.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
33.	Secretário Municipal de Saúde
34.	Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família
35.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
36.	Secretária Municipal de Saúde
37.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
38.	Secretário Municipal de Saúde
39.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
40.	Secretário Municipal de Saúde
41.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
42.	Secretário Municipal de Saúde
43.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
44.	Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde
45.	Secretária Municipal de Saúde
46.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
47.	Secretário Municipal de Saúde
48.	Secretário Municipal de Saúde
49.	Secretário Municipal de Saúde
50.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde

51.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
52.	Secretário Municipal de Saúde
53.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
54.	Secretária Municipal de Saúde
55.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
56.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
57.	Secretária Municipal de Saúde
58.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
59.	Secretária Municipal de Saúde
60.	Secretário Municipal de Saúde
61.	Coordenadora Municipal da Estratégia Saúde da Família
62.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
63.	Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família
64.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
65.	Secretário Municipal de Saúde
66.	Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família
67.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
68.	Secretária Municipal de Saúde
69.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
70.	Secretária Municipal de Saúde
71.	Coordenadora Municipal da Atenção Primária à Saúde
72.	Secretária Municipal de Saúde

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O GOVERNO DE SI E DO OUTRO SOB A ÓTICA DO GESTOR**”. A pesquisa tem como objetivo analisar a gestão do trabalho na ESF no ES. Busca ainda identificar o perfil dos gestores inseridos nessa Estratégia, a partir dos discursos dos secretários municipais de saúde, coordenadores da Estratégia Saúde da Família e coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios do Espírito Santo selecionados; analisar os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na ESF no estado do ES; investigar as práticas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros; identificar as técnicas de governo e procedimentos utilizados na produção de práticas de controle das condutas no âmbito da gestão do trabalho; e descrever as modalidades de gestão do trabalho na ESF no ES. Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes e não haverá forma de identificar qualquer um dos participantes. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Durante sua participação, você poderá se recusar em responder a qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento. Além disso, você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio para isso, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos, sendo que os benefícios previstos da pesquisa envolvem a

Prezado(a) Srta Heletícia Scabelo Galavote,

Informamos que o seu artigo "A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: (DES)POTENCIALIDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE" foi aceito para publicação na Saúde e Sociedade.

Brevemente receberá mais informações sobre a publicação.

Atenciosamente,

Saúde e Sociedade

saudesoc@usp.br

Saúde e Sociedade

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc>