

# Gestão na Estratégia Saúde da Família: cargas de trabalho e violência institucional estruturada

*Management in the Family Health Strategy: workloads and structured institutional violence*  
*Gestión en la Estrategia de Salud de la Familia: cargas de trabajo y violencia institucional estructurada*

**Rosani Ramos Machado<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8287-4171

**Denise Elvira Pires de Pires<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0002-1754-0922

**Letícia de Lima Trindade<sup>1,III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7119-0230

**Felipa Rafaela Amadigi<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1480-1231

**Thayse Aparecida Palhano de Melo<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-4832-6280

**Mariana Mendes<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-2396-9845

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

<sup>III</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

## Como citar este artigo:

Machado RR, Pires DEP, Trindade LL, Amadigi FR, Melo TAP, Mendes M. Management in the Family Health Strategy: workloads and structured institutional violence. Rev Bras Enferm. 2022;75(3):e20220071. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0071pt>

## Autor Correspondente:

Mariana Mendes

E-mail: [mariana.mendes@unochapeco.edu.br](mailto:mariana.mendes@unochapeco.edu.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Valladares Broca

Submissão: 22-02-2022

Aprovação: 19-07-2022

## RESUMO

**Objetivos:** compreender a relação entre cargas de trabalho e violência institucional na prática dos gestores da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** pesquisa qualitativa com triangulação teórica, por meio de entrevistas semiestruturadas. Participaram 35 gestores de Unidades Básicas de Saúde das cinco regiões do Brasil que atuavam na Estratégia Saúde da Família. Na análise dos dados, utilizaram-se análise temática e o software ATLAS.ti. **Resultados:** as cargas de trabalho foram analisadas, evidenciando relações com a violência institucional. Surgiram categorias temáticas: “relacionadas com o próprio trabalho de gestão”; “relacionadas com outras instâncias de gestão do sistema de saúde”; “relacionadas aos usuários e população adstrita”. Verificou-se inter-relação entre aumento das cargas de trabalho dos gestores e violência institucional. **Considerações Finais:** a Estratégia Saúde da Família é relevante para o acesso universal à saúde e requer condições institucionais favoráveis para sua efetividade. Cenários adversos geram aumento de cargas de trabalho, aproximando-se da violência institucional.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Carga de Trabalho; Violência no Trabalho; Gestor de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

**Objectives:** to understand the relationship between workloads and institutional violence in Family Health Strategy managers' practice. **Methods:** qualitative research using theoretical triangulation and data from semi-structured interviews. Participants were 35 managers of Basic Health Units in the five Regions of Brazil, who worked in the Family Health Strategy. We used thematic analysis and ATLAS.ti for data analysis. **Results:** workloads were analyzed, showing relationships with institutional violence. Thematic categories emerged: “related to the management work itself”; “related to other instances of health system management”; “related to users and community”. There was an interrelationship between increased managers' workloads and institutional violence. **Final Considerations:** the Family Health Strategy is relevant for universal access to health and requires favorable institutional conditions for its effectiveness. Adverse scenarios lead to increased workloads, approaching institutional violence.

**Descriptors:** Primary Health Care; Workload; Workplace Violence; Health Manager; Family Health Strategy.

## RESUMEN

**Objetivos:** comprender la relación entre cargas de trabajo y violencia institucional en la práctica de gestores de la Estrategia Salud de la Familia. **Métodos:** investigación cualitativa con triangulación teórica, a través de entrevistas semiestruturadas. Participaron 35 gestores de Unidades Básicas de Salud de las cinco regiones de Brasil que actúan en la Estrategia de Salud de la Familia. Para el análisis de datos se utilizó el software de análisis temático y ATLAS.ti. **Resultados:** se analizaron las cargas de trabajo, evidenciando relaciones con la violencia institucional. Emergieron categorías temáticas: “relacionadas con el propio trabajo de gestión”; “relacionado con otras instancias de gestión del sistema de salud”; “relacionadas con los usuarios y la población inscrita”. Hubo una interrelación entre el aumento de la carga de trabajo de los gerentes y la violencia institucional. **Consideraciones Finales:** la Estrategia de Salud de la Familia es relevante para el acceso universal a la salud y requiere condiciones institucionales favorables para su efectividad. Los escenarios adversos generan mayores cargas de trabajo, acercándose a la violencia institucional.

**Descritores:** Atención Primaria de Salud; Carga de Trabajo; Violencia Laboral; Gestor de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política pública que veio para reorganizar e qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil com a intenção de reorientar o processo de trabalho, fortalecendo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde, de forma individual e coletiva, mas também melhorar a relação custo-efetividade. Desde sua implantação, a ESF vem ampliando serviços e ações de saúde, tendo como características a territorialização e uma prestação de assistência multiprofissional.

A ESF/APS é um modo de cuidar e de organizar os serviços de saúde, orientado por princípios e diretrizes para uma assistência de saúde universal e gratuita nos moldes do SUS. No entanto, esse modelo se expressa em um cenário político institucional tensionado por políticas neoliberais, em que a acumulação capitalista se sobressai hegemonicamente como princípio orientador da sociabilidade, afetando fortemente os serviços públicos, como é o caso da saúde.

Este contexto, incluindo modismos administrativos anteriores à implantação da ESF, como a reforma administrativa proposta por Bresser Pereira, em 2002, afeta sobremaneira os serviços públicos com uma ideologia neoliberal e foco produtivista, criando um cenário fértil para a violência institucional. Essas mudanças alteram o ritmo de trabalho, a natureza e a divisão de tarefas, as relações socioprofissionais, as condições de trabalho e as exigências em termos de resultados esperados do trabalho, além dos procedimentos prescritos. Todos esses aspectos ampliam as exigências sobre os trabalhadores em relação à realização das atividades de trabalho<sup>(1)</sup>. Essas estratégias, quando aplicadas sem levar em conta as características dos serviços de saúde e do serviço público, podem ocasionar sofrimento no trabalho, caracterizado como violência institucional estruturada. Esses modismos afetam tanto usuários quanto trabalhadores dos serviços de saúde, constituindo-se em solo fértil para a naturalização da violência institucional. Esta, por sua vez, possui potencial para causar danos físicos e psicológicos nos trabalhadores, principalmente porque parte de representantes de instituições deveriam promover o cuidado e respeito dos direitos humanos<sup>(2)</sup>.

A extensiva reestruturação no setor saúde em direção à privatização e racionalização dos serviços tem influenciado as condições de trabalho e o emprego, trazendo dispensas, cortes de salários, congelamentos, turnos menos confortáveis, cargas de trabalho mais pesadas e trabalho ocasional como consequências. Esse conjunto de fatores pode gerar um clima de violência impulsionado pelas incertezas e vulnerabilidades<sup>(3)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera, no contexto do trabalho, a violência como "incidentes em que funcionários são abusados, ameaçados, agredidos ou submetidos a outro comportamento ofensivo em circunstâncias relacionadas ao seu trabalho"<sup>(3)</sup>. Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT)<sup>(4)</sup>, a violência no ambiente de trabalho é toda ação incidente ou comportamental de uma pessoa contra outra que leve à agressão, ofensa, prejuízo ou humilhação em seu trabalho ou como consequência do labor.

A violência é reconhecida como uma questão social e de saúde, caracterizando-se pela presença de problemas econômicos

e de infraestrutura que os diversos serviços de saúde sofrem, e também por aspectos socioculturais relacionados às práticas violentas de caráter institucional, não se constituindo em uma questão pontual ou pessoal. Aliás, o que caracteriza a violência institucional são a frequência e a alta distribuição dos episódios de violência, que são expressos como negligência na assistência, e todas as formas de discriminação social, violência física e sexual, influenciando no resultado do trabalho<sup>(5)</sup>.

Todas essas questões podem ter relação com a forma de gestão adotada nas instituições, com a possibilidade de serem potencializadas por uma gestão ineficaz, considerando problemas nos modelos adotados e toda a complexidade do processo de gestão em instituições complexas e estruturas hierarquizadas, como na APS. Além disso, a violência institucional acontece de forma naturalizada no processo de trabalho em saúde, mostrando-se mais evidente quando se relaciona com o aumento das cargas de trabalho.

As cargas de trabalho são elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos que se manifestam em desgastes físicos e psíquicos potenciais ou aparentes<sup>(6)</sup>, que podem ser potencializados em ambientes permeados pela violência, falta de apoio e de proteção ao trabalhador.

Os estudos sobre violência no trabalho em saúde normalmente utilizam a perspectiva da violência infringida aos usuários dos serviços pelos profissionais/trabalhadores ou de usuários sobre trabalhadores/profissionais<sup>(7-9)</sup>. Contudo, neste estudo, busca-se abordar a perspectiva da violência institucional estruturada sobre os gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam no modelo assistencial da ESF.

Entende-se a violência institucional estruturada como aquela exercida nas instituições prestadoras de serviços, tanto na área da saúde quanto em outras áreas, como educação ou justiça. Apresenta-se na forma de ação ou omissão, falta de acesso ou mesmo má qualidade dos serviços. Caracteriza-se ainda por meio das regras instituídas, relações burocráticas e políticas que reproduzem as estruturas sociais e a assimetria de poder nas relações desiguais. Essa violência estrutural vem ocultada nas políticas educacionais e econômicas, disseminando seus efeitos em populações e/ou grupos inteiros, seja pela negação de conquistas sociais ou outras formas de violência<sup>(10-11)</sup>.

A violência institucionalizada engloba os aspectos relacionados à violência do trabalho, como a deterioração das condições de trabalho e os novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimento, e os aspectos de violência no trabalho, os quais envolvem as relações no exercício da atividade (chefias, pares, usuários)<sup>(12)</sup>.

Reconhece-se a necessidade premente de melhorar a efetividade da gestão nos serviços públicos de saúde, visando à proteção e melhorias na qualidade de vida dos usuários e dos trabalhadores. A OMS tem mostrado preocupação com o provimento de condições de trabalho seguras e a valorização do trabalhador de saúde, designando 2021 como o "Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores", especialmente em reconhecimento pela atuação desses durante a pandemia de COVID-19<sup>(13)</sup>.

Nesta perspectiva, alinha-se a temática da violência institucional aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), marcadamente o objetivo oito, que visa “promover o crescimento econômico inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todas e todos”; e o objetivo 16, que busca por “instituições eficazes, responsáveis e inclusivas”<sup>(14-15)</sup>. Para promover ambientes de trabalho seguros e livres da violência, são necessários esforços coletivos, como previsto nos ODS, culminando em maior resolubilidade dos serviços de saúde e qualidade do cuidado oferecido às populações.

Com o intuito de contribuir com o debate emergente acerca da violência no trabalho e instituições comprometidas com a proteção dos trabalhadores da saúde, este estudo busca abordar a relação entre cargas de trabalho e violência institucional na prática dos gestores da ESF.

## OBJETIVOS

Compreender a relação entre cargas de trabalho e violência institucional na prática dos gestores da ESF.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A investigação seguiu todos os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, incluindo apresentação do estudo, prévia autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Como forma de manter o anonimato, os participantes foram identificados por códigos.

### Tipo de estudo e referencial teórico

Pesquisa qualitativa, triangulando a teoria de cargas trabalho e preceitos da violência no trabalho expressos em formulações da OMS e seguindo as diretrizes *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ).

### Cenário e participantes

O cenário do estudo, escolhido intencionalmente, buscou contemplar: estados das cinco regiões do Brasil; UBS que oferecessem, exclusivamente, atendimento no modelo da ESF há mais de um ano; UBS consideradas de boa qualidade, segundo indicação de lideranças do município/região e/ou segundo dados do segundo ciclo do Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB de 2012). Foram incluídas cinco UBS do Amazonas (região Norte), cinco do Rio Grande do Norte (região Nordeste), cinco do Distrito Federal (região Centro-Oeste), oito de Santa Catarina (região Sul) e 10 do Rio de Janeiro (região Sudeste), totalizando 33.

Para definição dos gestores participantes do estudo, utilizou-se como critérios de inclusão: possuir experiência mínima de seis meses no cargo de gestor da UBS; e incluir, pelo menos, um gestor por UBS, totalizando 35 participantes. Foram excluídos

os profissionais afastados do trabalho por motivos de qualquer natureza. Todos os gestores convidados aceitaram participar do estudo.

Os participantes foram categorizados com: abreviatura da categoria ocupacional dos participantes (G=Gestor/a; A=Administrador/a; E=Enfermeiro/a; F=Farmacêutico/a; Acs=Agente Comunitário/a de Saúde; N=Nutricionista; O=Odontólogo/a; P=Psicólogo/a; Soc=Sociólogo/a; Te=Técnico de Enfermagem); sigla da região participante (N=Norte; NE=Nordeste; CO=Centro-oeste; S=Sul; SE=Sudeste); número subsequente de ordem das entrevistas, como os exemplos: GESE1 (Gestor/a Enfermeiro/a Sudeste 1); GAdmN2 (Gestor/a Administrador/a Norte 2).

## Coleta e organização dos dados

Este estudo integra uma macro pesquisa sobre a temática, com a participação de pesquisadores de 08 universidades das cinco regiões do Brasil, no período de julho 2014 a fevereiro de 2019. Inicialmente, coletaram-se dados nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo que, no período de 2018 a 2019, foram acrescidos os dados das regiões Norte e Nordeste. O longo período de coleta de dados se fez necessário, com vistas à inclusão das cinco regiões do país.

Os dados foram coletados, presencialmente, por uma equipe de pesquisadores previamente treinados, utilizando-se entrevistas. A realização das entrevistas foi orientada por um roteiro semiestruturado e padronizado pelos pesquisadores, submetido à pré-teste. Após ajustes, o roteiro final ficou constituído de três partes, sendo a primeira de identificação do gestor (sexo, idade, profissão, escolaridade, tempo de experiência como gestor, como gestor na ESF, tipo de contrato e jornada de trabalho); a segunda, dados de identificação da UBS (total de equipes de Saúde da Família (eSF), membros das equipes, jornada de trabalho das equipes, total e características da população atendida, informações sobre as reuniões de equipe e periodicidade, presença e membros da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), fluxograma de atendimento, abrangência e extensão do território); e a última parte, abordando as cargas de trabalho (informações sobre o cargo, qualificação para a gestão, elementos dificultadores e facilitadores do processo de trabalho, autonomia na gestão, suportes na gestão, uso dos indicadores de saúde, uso do planejamento, articulação com o NASF, relações com as demais instâncias de gestão, relações com a eSF, relações com os usuários, instrumentos de trabalho, proposta da ESF e a interface de todos esses aspectos nas cargas de trabalho). Ainda nesta terceira parte da entrevista, os gestores puderam elencar os três principais elementos/fatores presentes no seu processo de trabalho que geram aumento das suas cargas de trabalho.

As entrevistas foram gravadas, realizadas no local de trabalho, mediante agendamento prévio, e a média de duração das entrevistas foi de uma hora.

## Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e passaram pela análise temática<sup>(16)</sup>, com o auxílio do *software* ATLAS.ti versão 9. A análise ocorreu de modo a identificar os trechos (*quotations*) das

entrevistas que descrevem as ações/atividades realizadas pelos gestores no seu cotidiano de trabalho e os elementos/aspectos geradores de aumento das cargas de trabalho. A esses trechos significativos, foram atribuídos códigos (*codes*) que, posteriormente, foram organizados em grupos temáticos em relação aos referenciais orientadores do estudo<sup>(3-4,6)</sup>. Os achados permitiram construir três categorias temáticas, mostrando interfaces da violência institucional com o aumento das cargas de trabalho. Cargas de trabalho “relacionadas com o próprio trabalho de gestão”, “relacionadas com outras instâncias de gestão do sistema de saúde” e “relacionadas aos usuários e população adstrita”.

## RESULTADOS

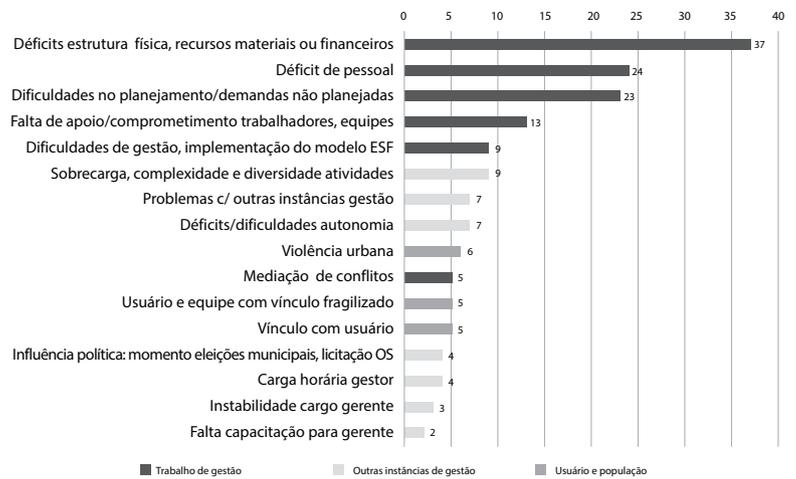
Dos 35 participantes, predominou o sexo feminino (74,3%), idade entre 20 e 40 anos (54,3%), profissão enfermeiro/a (71,4%). Quanto à escolaridade, predominou a formação universitária (90,7%) seguida de 5,6% com ensino médio e 2,8% com ensino técnico. Quanto ao tipo de contrato, a maioria era concursado/estatutário (57,1%), os demais possuíam contrato temporário ou celetista (42,3%). A jornada de trabalho semanal na UBS era de 40 horas para todos os participantes.

Os elementos presentes no processo de trabalho de gestores de UBS que atuam com o modelo assistencial da ESF/APS, e que geram aumento das cargas de trabalho, estão apresentados na Figura 1, conforme a magnitude verificada no processo de codificação, sinalizando o pertencimento dos *codes* às categorias temáticas, descritas na Figura 2.

Os achados foram organizados em três categorias temáticas, e estão apresentados na Figura 2, conforme aderência à especificidade do trabalho do gestor, a relações com as demais instâncias de gestão do SUS e relação com os usuários/população (entendidos como indivíduos e coletivos do território adstrito às unidades assistenciais que atuam com o modelo assistencial da ESF/APS).

Evidenciou-se uma forte relação entre cargas de trabalho e características institucionais do próprio sistema de saúde. A persistência desses fatores na prática dos gestores, grande parte ultrapassando o âmbito de governabilidade desse grupo de trabalhadores, aproxima-se do definido na literatura como violência institucional.

A primeira categoria temática diz respeito aos fatores geradores de aumento das cargas de trabalho relacionados ao que tipifica o trabalho de gestão que, neste estudo, foram os mais significativos. Em termos genéricos, o trabalho dos gestores de UBS envolve a gestão do ambiente/cenário no qual se realiza o trabalho assistencial em saúde; a gestão do coletivo de trabalhadores (profissionais de saúde e demais trabalhadores que atuam na unidade assistencial); e a gestão do próprio modelo assistencial envolvendo a gestão



**Figura 1** - Elementos geradores de aumento das cargas de trabalho de gestores da Estratégia Saúde da Família no Brasil, conforme a magnitude das codificações e o pertencimento às categorias temáticas, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014-2019



OS - Organização Social; ESF - Estratégia Saúde da Família.

**Figura 2** - Cargas de trabalho de gestores da Estratégia Saúde da Família e interfaces com a violência institucional, conforme categoria temática, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2024-2019

da qualidade da atenção em saúde e do planejamento (desde a sua elaboração, produção e avaliação dos resultados). Os gestores de UBS reconhecem a importância dessas atividades, mas face às dificuldades de implementá-las ou realizá-las, conforme o prescrito, vivenciam aumento das cargas de trabalho.

Nesta categoria, encontram-se as cargas de trabalho mais significativas: déficits e dificuldades nas condições e ambiente de trabalho; problemas em diversos aspectos da gestão do trabalho coletivo (gestão de pessoas); problemas relacionados à gestão do planejamento, com forte ênfase na interferência causada por demandas não planejadas; e múltiplas dificuldades para a implementação de um modelo assistencial inovador complexo e que demanda participação de quem realiza o trabalho assistencial, além de envolver relações com usuários, população e outras instituições sociais. Trechos dos relatos dos gestores estão destacados a seguir:

*Reduziria minha carga de trabalho uma internet de maior velocidade, uma sala para regulação, uma farmácia nessa unidade, uma regulação que funcionasse, a diminuição do número de pessoas que precisam fazer uma cirurgia. (GSocNE2)*

*Falta de suporte do município para as unidades de saúde. Falta de RH, falta de suporte em nível de materiais e de manutenção. [...]. Alta demanda e pouca resolutividade. (GES3)*

*[Déficit numérico] de equipes, mas não temos estrutura física para comportar. (GES7)*

*O que mais aumenta cargas de trabalho é a demanda que vem de fora. [...] da secretaria de saúde que tem uma demanda que não é planejada. Você planeja uma coisa e, de repente, vem uma demanda deles que cai de paraquedas e você tem que dar conta disso, mas você tem um prazo e isso aumenta demais a carga de trabalho da gente. (GECO3)*

*Você vai ficando frustrado por nunca conseguir cumprir um planejamento, eu sempre faço uma metáfora "até para atravessar uma rua, a gente se planeja, a gente está vendo que o sinal está aberto, às vezes, você vai um pouco mais devagar para dar tempo de você não ter que parar, você olha os carros, vê, né? Faz todo o planejamento para atravessar aquela rua. Quando o sinal fecha, você se planejou e está na hora de atravessar, daí vem um carro e te atropela", então você passa tipo assim "ah, seu eu corro o risco de ser atropelada, talvez seja melhor nem planejar, eu vou sair atravessando, se atropelar, atropelaram". Você vai ficando cansada de ser atropelada o tempo todo. (GESE4)*

*Vejo um modelo bonito, a dificuldade é porque a gente não está conseguindo ainda trabalhar como deveria. Não vejo a estratégia realmente funcionando como uma porta de entrada, como o pilar, então isso é um pouco complicado. (GEN3)*

A segunda categoria temática trata da relação com outras instâncias de gestão do sistema de saúde. Foram agrupados os aspectos que fogem da governabilidade dos gestores de UBS. Destaca-se que a totalidade do que consta na primeira categoria temática tem forte relação com outras instâncias de gestão. Em alguns casos, a governabilidade é quase nula, como no provimento de instrumentos e força de trabalho necessários para a implementação da ESF/APS.

As *quotations* seguintes ilustram os achados da segunda categoria temática:

*Não consigo realizar as minhas atribuições [...] me sinto frustrada, porque queria mesmo fazer o papel de supervisora, e não consigo. As demandas de outras coisas de outros setores são muito grandes e acaba que quem tá na linha de frente tem que resolver [...] eu acho que sobrecarrega no sentido emocional. Cansa, é um negócio cansativo mesmo. (GECO4)*

*Secretaria, às vezes, não dá recurso para a gente trabalhar, e sinto falta desse apoio. (GECO2)*

*A gente está em dois momentos que aumentam carga, que é o momento pré-eleição e o momento pré-licitação da Organização Social [OS], isso causa um alvoroço maior dentro das unidades, tanto dos profissionais terem um temor de "vai mudar OS, vou ser demitido, vou ficar sem emprego". (GESE1)*

*Uma capacitação para o cargo, acho que falta para ter subsídios de metodologia de trabalho. Entrei em um cargo que você aprende fazendo, sem nenhum aporte. (GESE1)*

*A gente trabalha 40 horas semanais, mas, na verdade, você trabalha muito mais. Às vezes, está lá na unidade, vai para uma reunião e daí estende aquele horário, não é assim "entro às 8 [horas] e saio às 5 [17 horas] em ponto". (GFSE2)*

Na terceira categoria temática, que diz respeito ao aumento das cargas de trabalho que têm relação com os usuários e população do território adstrito, destaca-se a violência urbana e problemas nas relações com os usuários. Nas situações em que existe vínculo, equipes e gestores se defrontam com problemas complexos e de difícil resolução, gerando aumento das cargas de trabalho.

*Índice de violência aumentando nessa região. (GESE5)*

*Quando não tem vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional de referência dele, isso influencia para aumentar [as cargas de trabalho], porque você tem que mediar essa relação. Quando a equipe consegue chegar ao ponto de ter vínculo com a aquela população, [...] você vê uma relação muito diferente, que é de vínculo mesmo, que é de longitudinalidade. (GESE1)*

*Aumentam as cargas, porque, quando chega aqui um usuário para reclamar, ele não chega bem. Ele chega nos gritos, querendo matar um. E aí, quem ele vai matar? Quem ele vê na frente? Eu! "Oi tudo bem?", "Tudo bem nada", "Ai, meu Deus". Então, assim, aumenta muito a sobrecarga da gente, por quê? Porque vai me reduzindo tempo de planejamento, [...] tempo para resposta de todo o planejamento que a gente já desenvolveu [...]. E isso vai me causando estresse, porque vou deixar [...] de resolver alguma demanda, entendeu? E vou ficar como "a gerente que não respondeu a demanda". Isso tudo é uma sobrecarga. (GESE5)*

## DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostram significativa relação entre aumento das cargas de trabalho dos gestores de UBS que trabalham com o modelo assistencial da ESF/APS e o âmbito macropolítico institucional. A ESF caracteriza-se como um modelo assistencial inovador em relação ao clássico da biomedicina<sup>(17-18)</sup> e pode ser entendido como uma inovação tecnológica não material em saúde, do tipo incremental. Esse modelo propõe uma nova forma de organização do trabalho, um objeto de trabalho ampliado, ampliando a expectativa e visão de produto do trabalho em saúde<sup>(18)</sup>.

Trata-se de um modelo complexo que demanda condições para sua efetivação. No entanto, o prescrito pela política instituída, com cobrança de resultados de modo persistente e frequente, em condições que dificultam ou impossibilitam a sua efetivação, aproxima-se do definido como violência institucional<sup>(5)</sup>. Estudos sobre a importância do cenário institucional têm crescido, e órgãos multilaterais, como a ONU e OMS, reconhecem a importância de instituições eficientes, sustentáveis e que promovam ambientes seguros para usuários e trabalhadores<sup>(14-15)</sup>. Essa diretriz é importante para alcançar o acesso universal e assume relevância para o trabalho em saúde, que é altamente dependente da força de trabalho<sup>(13,19-20)</sup>.

Conforme a análise dos resultados da pesquisa, observa-se que as cargas presentes no trabalho dos gestores possuem interface com a violência institucional, relacionando-se com o próprio trabalho de gestão, com outras instâncias de gestão do SUS e com a população adstrita.

A falta de condições de trabalho dignas, sem acesso às tecnologias que facilitariam e qualificariam o trabalho, como acesso à internet, central de regulação, falta de recursos humanos, falta de materiais e insumos, caracteriza um ambiente em que exista uma violência institucional estruturada, como aquela exercida nas/pelas instituições de saúde na forma de ação ou omissão, falta de acesso ou mesmo má qualidade dos serviços. Fica evidente a violência e inflexibilidade de regras instituídas e de relações burocráticas e políticas que reproduzem as estruturas sociais e a assimetria de poder nessa relação desigual, em que o nível de responsabilidade do gerente não é equivalente ao seu poder decisório, aspecto identificado também por outros estudos<sup>(21-22)</sup>.

A configuração organizacional é tão importante quanto o ambiente físico<sup>(3)</sup>. Nesta perspectiva, a limitada área física<sup>(22)</sup> da maioria das unidades pode ser um fator que inviabilize uma sala específica para o profissional gestor. A falta de privacidade dificulta a abordagem em condições que requeiram maior privacidade, fato reconhecido em outro estudo<sup>(23)</sup>.

Observou-se que há uma forte relação de dimensionamento inadequado de pessoal com o aumento das cargas de trabalho e a violência institucional. Confirma-se a importância de um dimensionamento adequado para um acesso e cobertura universal em saúde, considerando-se que os recursos humanos em saúde são os pilares centrais para a organização do processo de trabalho. Vale a pena ressaltar que existem muitos estudos sobre o dimensionamento de pessoal para a área hospitalar<sup>(24-25)</sup>, mas poucos são específicos para a APS, em especial a ESF<sup>(26-27)</sup>.

Nas discussões, apareceu que houve progresso na constituição de equipes de APS, melhorando-se a institucionalidade dos recursos humanos no setor e na definição de políticas e planos de longo prazo, mas ainda “persiste a subvalorização do papel dos recursos humanos para a saúde como um fator de mudança social, com a percepção de que constituem um gasto crescente e não um investimento para melhorar a saúde e o desenvolvimento”<sup>(28)</sup>. Mantêm-se iniquidades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos profissionais da saúde, tanto entre países quanto entre os níveis de atenção e os setores público e privado, com altas taxas de migração e mobilidade, precariedade nas condições de trabalho, baixa produtividade e qualidade do desempenho. Mesmo quando há disponibilidade de recursos humanos, onde os recursos humanos existem, eles nem sempre têm o perfil e as competências adequadas para melhorar a saúde da população<sup>(28)</sup>, aspectos também identificados em nosso estudo.

Desenvolvimento de recursos humanos em saúde é uma das funções essenciais de saúde pública (FESP-6), necessitando de políticas, regulamentos e intervenções relacionadas com formação, emprego, condições de trabalho e distribuição de recursos humanos. São ações de responsabilidade da autoridade sanitária, no entanto exigem ações com outros setores para além da saúde<sup>(29)</sup>. Nesta perspectiva, exige planejamento estratégico a longo prazo e isso pouco acontece em relação às políticas de saúde no Brasil. Frequentemente, ocorrem mudanças na legislação

infraconstitucional, fragilizando sobremaneira o SUS, haja vista as sucessivas mudanças que ocorrem na PNAB, que têm afetado a estrutura da ESF.

Além disso, pesquisas sobre a violência na APS mostram que o perfil da força de trabalho das equipes de saúde tem influenciado significativamente a ocorrência da violência nesses cenários, e aspectos da organização influenciam na notificação e condutas no enfrentamento da violência<sup>(30-32)</sup>. A mediação de conflitos, que está intrinsecamente ligada às relações intrafamiliares e com a fragilidade do vínculo entre os usuários e equipes de ESF, é uma forma de violência institucional velada, normalizada no cotidiano do fazer saúde. A ausência de fluxos para tratar os casos de agressão entre as pessoas denota indiferença da instituição com as vítimas, as quais enfrentam majoritariamente sozinhas a situação de violência<sup>(31)</sup>, e têm interfaces no sentimento de reconhecimento no trabalho<sup>(33)</sup>.

Um dos aspectos citados em relação à ESF foi a dificuldade na implementação deste modelo assistencial, tanto pelas demandas não atendidas, seja pelas alterações demográficas e epidemiológicas dos territórios, quanto pelas desigualdades sociais e econômicas que estão intrinsecamente ligadas ao acesso ao sistema de saúde, pela presença da violência no território vinculada ao crime organizado. Alia-se a esses aspectos uma forte tendência ao modelo flexneriano, em detrimento do enfoque voltado para a vigilância à saúde no território adstrito. Tal fato pode ter relação com os currículos da graduação na área da saúde, muito voltados ainda para o modelo biomédico, mesmo tanto tempo depois da implantação desta política<sup>(34-35)</sup>.

As relações dos gestores das unidades da ESF com a gestão municipal foram citadas como um aspecto que pode aumentar as cargas de trabalho, sendo que esses gestores se sentem, muitas vezes, violentados em seu fazer. Nos relatos, podem-se identificar processos intersetoriais frágeis nos âmbitos da governança na área de formação para os recursos humanos em saúde, profissionalização, regulamentação da prática profissional e, principalmente, condições de trabalho, o que repercute na forma como a violência se institucionaliza.

Outro achado interessante foi a citação do período para eleições municipais e processos de licitação para contratação de OS para gerenciar a APS. Em relação à eleição municipal, a questão levantada foi a fragilidade dos vínculos empregatícios, uma vez que muitos não são servidores públicos com estabilidade e proteção contra a exoneração discricionária, e isso causa insegurança no trabalhador, que pode se tornar massa de manobra em período eleitoral. Também se resalta a falta de planos de carreira que definam as funções, características, remuneração, carga horária e carreira, considerando-se que muitos são administrados por OS.

As OS, segundo a legislação, são instituições privadas com finalidade não lucrativa, com a obrigatoriedade de investimento de seus excedentes financeiros no desenvolvimento das próprias atividades<sup>(36)</sup>. No entanto, não é a realidade que se apresenta na gestão da APS no Brasil.

Ao analisarem as dez maiores OS do país, estudiosos<sup>(37)</sup> comprovaram que as OS estão presentes em diversas cidades e regiões geográficas, o que coloca em questão a finalidade filantrópica delas, já que podem direcionar verbas recebidas para o pagamento de diretores da instituição.

Toda essa política de terceirização da gestão de órgãos públicos vem na lógica de diminuição do Estado, mostrando-se negativa para os serviços essenciais<sup>(36,38)</sup>. A construção de instituições eficazes, responsáveis e inclusivas tem sido reconhecida como requisito importante para o crescimento econômico sustentável, conforme preconizado nos ODS, em especial nos objetivos 8 e 16<sup>(14)</sup>.

Embora os aspectos relacionados com o próprio desenvolvimento do trabalho dos gestores da ESF dependam do suporte fornecido pelas demais instâncias de gestão, também é neste espaço que ocorre uma maior autonomia para as tomadas de decisões. Contudo, diante dos dados da pesquisa, percebe-se que a falta de autonomia e de planejamento está presente, provocando estresse, frustração, angústia e ansiedade, sobretudo pela falta de controle do processo de trabalho e falta de apoio da equipe. A centralização das decisões, a gestão verticalizada e a falta de fluxos são destaques apresentados como dificultadores no trabalho<sup>(3,21)</sup>. Observa-se que ocorre “a delegação de responsabilidade ao gerente sem a equivalente delegação de poder decisório, transferindo-se responsabilidades pela implementação de decisões centralizadas, porém, sem a prerrogativa de poder modificá-las conforme a necessidade local”<sup>(21)</sup>.

Os profissionais que atuam na ESF se deparam também com a violência territorial, marcada pelo tráfico de drogas e conflito armado, gerando estresse constante devido ao risco de morte e interferência na organização do processo de trabalho, dados que corroboram com outras pesquisas<sup>(10,31-33,39)</sup>.

Em relação ao vínculo, encontraram-se problemas decorrentes da fragilização do vínculo com o usuário, especialmente pela incidência de conflitos e necessidade de gestão dos mesmos. A formação de vínculo efetivo também foi geradora de aumento das cargas de trabalho dos gestores da ESF, pois esta política propõe que se preste uma atenção centrada na família, a partir de seu contexto social e de ambiente físico, conseqüentemente, levando os profissionais de saúde a um contato mais íntimo com as condições de vida desses sujeitos. Considerando-se as restrições apresentadas na organização do trabalho, na falta de infraestrutura, no déficit de pessoal e nas demandas não atendidas, há uma dificuldade dos gestores e dos demais profissionais de saúde de atender aos usuários, respeitando os atributos da APS no

que tange à atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e, principalmente, à coordenação do cuidado entre níveis assistenciais de forma sincronizada. Essa impossibilidade de atendimento aos atributos da APS é mais uma demonstração da violência institucional estruturada no contexto do SUS.

### Limitações do estudo

Os resultados dizem respeito ao trabalho de gestores que atuam em cenários de boa qualidade, escolhidos intencionalmente, sugerindo que a magnitude do problema é ainda maior.

### Contribuições para a área da saúde e enfermagem

Os achados sinalizam que novos estudos sobre a violência institucional no contexto da ESF podem contribuir para abordar o problema e reorientar as políticas e práticas em saúde, especialmente no sentido de melhorar a qualidade dos serviços, atendendo às necessidades de usuários, trabalhadores das equipes e gestores locais.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há uma relação significativa entre aumento das cargas de trabalho de gestores de UBS que trabalham com o modelo assistencial da ESF/APS e o cenário político-institucional no qual esse trabalho se realiza.

A ESF materializa os preceitos da APS, constituindo-se uma inovação tecnológica não material com potencial relevante para conquistar a universalidade de acesso à saúde. Trata-se de um novo modelo assistencial complexo e que requer condições institucionais para sua efetividade, o que tem sido dificultado por: persistentes déficits de estrutura física, de recursos materiais, financeiros e de força de trabalho; pelo excesso de demandas e clima de insegurança; pela fragmentação na oferta de serviços de saúde; por problemas nas relações de trabalho; pela falta de formação/capacitação para a gestão; e pelo ambiente de instabilidade nas relações institucionais e com a população adstrita. Essa realidade cotidiana, por vezes, normalizada e/ou velada, gera aumento das cargas de trabalho dos gestores locais, aproximando-se da violência institucional.

## REFERÊNCIAS

1. Guimarães MC. Changes at work and psychological violence in the Brazilian public service. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2009;34(120):63-171. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572009000200007>
2. Congresso Nacional (BR). Projeto de Lei nº 5091, de 2020. Altera a Lei nº 13.869, de 5 de setembro de 2019, para tipificar o crime de violência institucional [Internet]. *Diário Oficial da União* 2 setembro 2019 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2264998>
3. Martino VD. Steering Committee of the ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. [Internet]. Geneva: ILO, 2003 [cited 2021 Nov 18]. Available from: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/WVstresspaper.pdf)
4. Organización Internacional del Trabajo. Internacional de Servicios Públicos Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2002 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44072>
5. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciê Saúde Colet.* 2017;22(9):3013-22. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13712017>

6. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989. 333 p.
7. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2019;76(12):927-37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
8. Guimarães APD, Oliveira H, Silva JM. Work-related violence and appropriation of workers' health: suffering announced in the Unified Social Care System. *Physis.* 2020;30(2):e300224. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300224>
9. Santos AMR, Soares JCN, Nogueira LF, Araújo NA, Mesquita GV, Leal CFS. Institutional violence: routine experiences of the nursing team. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):84-90. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100013>
10. Santos ACPO, Mota TN, Whitaker MCO, Camargo CL. A violência institucional e suas interfaces nos serviços de saúde. In: Camargo CL. *Saúde da criança e do adolescente: enfoques sobre 2020 hospitalização e violência.* Curitiba: Appris; 2020. p. 341-350.
11. Deslandes SF. *Frágeis deuses: profissionais das emergências entre os danos da violência e a recriação da vida.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 192 p.
12. Oliveira JS, Moraes RLGL, Rocha ENR, Yarid SD, Sena ELSS, Boery RNSO. Violence related to health work. *Rev Saúde.Com [Internet].* 2014 [cited 2021 Nov 19];10(4):381-9. Available from: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/328/265>
13. World Health Organization (WHO). 2021 designated as the International Year of Health and Care Workers[Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers>
14. Organização das Nações Unidas (ONU). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Internet].* 2021 [cited 2021 Nov 17]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br>
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde, o caminho para a cobertura universal[Internet].* 2010 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>
16. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: 70; 2016.
17. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(6):1869-78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
18. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(2):584-92. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
19. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2676. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>
20. Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2020;98(2):109-16. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234138>
21. Fernandes JC, Cordeiro BC. The management of basic health units from the point of view of nursing managers. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(1):194-202. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23311p194-202-2018>
22. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, Trindade LL, Machado RR, Amadigi FR, et al. Nurses' workload: lights and shadows in the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(1):147-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>
23. Moreira GAR, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM, Feitoza AR. Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. *Saúde Soc.* 2020;29(1):e180895. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>
24. Vasconcelos RO, Rigo DFH, Marques LGS, Nicola AL, Tonini NS, Oliveira JLC. Dimensioning of hospital nursing personnel: study with brazilian official parameters of 2004 and 2017. *Esc Anna Nery.* 2017;21(4):e20170098. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0098>
25. Fugulin FMT, Rossetti AC, Ricardo CM, Possari JF, Mello MC, Gaidzinski RR. Nursing care time in the Intensive Care Unit: evaluation of the parameters proposed in COFEN Resolution N° 293/04. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012;20(2):325-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000200015>
26. Bonfim D, Laus AM, Leal AE, Fugulin FMT, Gaidzinski RR. Application of the Workload Indicators of Staffing Need method to predict nursing human resources at a Family Health Service. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2683. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1010.2683>
27. Santos LC, Andrade J, Spiri WC. Dimensioning of nursing professionals: implications for the work process in the family health strategy. *Esc Anna Nery.* 2019;23(3):e20180348. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0348>
28. Pan American Health Organization (PAHO). 29th Pan American Sanitary Conference. 69th Session Of The Regional Committee Of Who For The Americas. *Strategy on Human Resources for Universal Access to Health and Universal Health Coverage[Internet].* Washington: DC; 2017 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34964/CSP29-10e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Pan American Health Organization (PAHO). *The Essential Public Health Functions in the Americas: A Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description. [Internet].* Washington: DC; 2020 [cited 2021 Nov 19]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124>
30. Webair HH, Al-Assani SS, Al-Haddad RH, Al-Shaeeb WH, Bin Selm MA, Alyamani AS. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Fam Pract.* 2015;16:136. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0355-1>
31. Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos L. Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(6):632-41. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900088>
32. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Brancalione D, Calderan M, Bauermann KB. Facing violence in nursing work hospital context and primary health care. *Enferm Glob.* 2021;20(62):216-53. <https://doi.org/10.6018/eglobal.425181>

33. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CLC, Ribeiro OMPL. Types of workplace violence in nursing in the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery*. 2021;25(4):e20200427. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0427>
  34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[Internet]. Diário Oficial da União 21 set 2017 [cited 2021 Nov 18]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
  35. Magnago C, Pierantoni CR. Difficulties and confronting strategies regarding the work management in the Family Health Strategy, in the perspective of local managers: the experience of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015;39(104):9-17. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
  36. Presidência da República (BR). Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Conversão da MPv nº 1.648-7, de 1998[Internet]. 1998 [cited 2021 Nov 19]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/MPV/Antigas/1648-7.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas/1648-7.htm)
  37. Saloti MHS, Medeiros LK, Oening AB, Marcon CEM. Social Organizations in basic healthcare among state capitals in Southeast Brazil: a critical analysis. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(9):e00103319. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103319>
  38. Druck G. The outsourcing in public health: various forms of precarization of labor. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(Suppl 1):15-43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
  39. Duarte SCM, Florido HG, Floresta WMC, Marins AMF, Broca PV, Moraes JRMM. Nurse's management of workplace violence situations in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180432. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0432>
-